FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

N° 913

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CHECKMODINE-CHATOUA Paul

Né le 15 Juin 1936, à Petit-Canal (Guadeloupe).

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE L'HYSTÉRIE ET DE SES MANIFESTATIONS, RÉVÉLATRICES DE SYNDROMES ORGANIQUES.

Président : Mr. Marcel DAVID, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CHECKMODINE-CHATOUA Paul

Né le 15 Juin 1936, à Petit-Canal (Guadeloupe).

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE L'HYSTÉRIE ET DE SES MANIFESTATIONS, RÉVÉLATRICES DE SYNDROMES ORGANIQUES.

Président : Mr. Marcel DAVID, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543920_0010

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR : ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR : ..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie ..... DELMAS (A.)
- ..... HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques ..... DELARUE (J.)
Anesthésiologie ..... VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie ..... TOURNIER (P.)
Biochimie médicale ..... JAYLE (M.-F.)
- - ..... POLONOVSKI (J.)
- - ..... DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ..... MALMEJAC (J.)
Biologie médicale ..... FAUVERT (R.)

MM.

Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)

MM.

Bactériologie ..... BARBIER (P.)
Biochimie médicale ..... DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale ..... LOEPER (J.)
Physiologie ..... (DEJOURS (P.)
(SCHERRER (J.)
Physique médicale ..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(TUBIANA (M.
Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIE (P.)
- - (Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNE (R.)
- - - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
- - - (Beaujon) ..... CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales
(Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... N...
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... CONTE (M.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
(Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... CERNEA (P.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal) ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRE (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
(AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(CAROLI (J.)
(DREYFUS (B.)
(GROSSIORD (A.)
Médecine ..... (LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)

MM.

Médecine	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.)
	(ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.)
	(MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(CARTIER (P.)
	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.)
	(GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolog.	SCHWARTZ (D.)

MM

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (S.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine) M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs) Mlles DUMAITRE (P.),
) LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Bibliothécaires) Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
) Mlles DUROZOY (M.-F.),
) ROBERGE (D.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DAVID

Professeur de la Chaire de Clinique de Neuro-chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait d'accepter cette présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre admiration profonde et de notre respectueuse gratitude.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY DE THÈSE

Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de juger ce travail.

Nous leur exprimons ici notre profonde gratitude.

A TOUS NOS MAÎTRES ET PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Au Docteur Pierre LÔO

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Avec son aide et ses conseils, nous avons pu réaliser ce travail.

Nous lui manifestons ici notre admiration et notre gratitude.

Au Docteur Jean-Yves ACHALLÉ

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Au Docteur Georges LECOMTE

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Au Docteur Michel MERCERON

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

A tous mes amis d'Internat

du Centre Psychothérapique de La Charité-sur-Loire

A PROPOS DE L'HYSTERIE ET DE SES MANIFESTATIONS,

RÉVÉLATRICES DE SYNDROMES ORGANIQUES.

Il ne faut pourtant pas oublier que les crises névropathiques typiques, aussi théâtrales et artificielles qu'elles paraissent, peuvent marquer le début de psychoses sérieuses, ... et parfois même le début de maladies organiques.

Henri BARUK

Traité de Psychiatrie.

HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DES IDÉES

Hystérie, maladie de la matrice, maladie de la femme ; hystérique, exaltée sexuelle, malade imaginaire, malade d'être malade ; maladie protéiforme ; personnalité hystérique ..., autant de termes et d'expressions dans l'histoire de cette maladie ou de cet état, pour montrer que l'on s'est attaché tantôt à la maladie dans son essence, tantôt au malade et à sa personnalité, suivant les époques, les idées, les maîtres.

Ainsi, l'hystérie connaîtra des fortunes diverses, sera chérie, condamnée, méprisée, prônée, laissée dans l'oubli, réhabilitée.

L'histoire de l'hystérie se confond en grande partie avec celle de la Médecine dans son aspect physique, ainsi que dans son aspect philosophique, l'hystérie étant à la base des études de plusieurs écoles ou de plusieurs maîtres. Aussi, de grands noms qui jalonnent l'histoire de la Médecine ont-ils marqué l'évolution de la compréhension de l'hystérie, depuis HIPPOCRATE et GALLIEN, en passant par PINEL, Charles LEPOIS, SYDENHAM, jusqu'à CHARCOT, BERNHEIM, BABINSKI, Pierre JANET, FREUD, et nos Maîtres à penser contemporains.

Et pourtant, instruit ou non de la question, qui n'a pas sa propre conception de l'hystérie, plus ou moins fondée, plus ou moins juste ?

Quelques définitions, proposées par certains auteurs, nous montrent les difficultés qu'ils ont eues

à cerner le sujet.

LASEGUE disait : "La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais". Ailleurs, il disait : "C'est la corbeille à papier où l'on range tout ce qui ne peut être encore classé".

BERNHEIM affirmait : "La maladie hystérique, telle qu'elle est décrite, n'existe pas".

André THOMAS : "Pour moi, c'est là la vraie caractéristique des accidents hystériques : ce sont des troubles somatiques que n'accompagnent jamais les signes indiscutables des lésions organiques, c'est-à-dire ces éléments de certitude que ne peuvent reproduire ni la simulation ni la suggestion ; c'est en quelque sorte cliniquement la maladie sans les signes".

Examinons de plus près l'évolution dans la conception de l'hystérie.

HIPPOCRATE, dans son traité "Des maladies de la femme. Des maladies des jeunes filles. De la maladie sacrée.", s'étend longuement sur ce qu'il croit être la cause de l'hystérie. Et de décrire abondamment les signes, suivant que la matrice se porte ou se fixe à tel ou tel endroit, tout en donnant la thérapeutique qu'il pense adéquate. Ecoutons plutôt ce qu'il en dit :

"Si la matrice se fixe aux hypocondres, la suffocation est la même que par l'ellébore ; orthopnée, cardialgie intense. Parfois, il y a vomissement de salive acide ; la bouche s'emplit d'eau et les jambes se refroidissent. Ces malades, si la matrice n'abandonne pas promptement les hypocondres, perdent la parole ; la tête et la langue sont engourdies. En ces cas, si vous trouvez la malade sans parole et les dents serrées, introduisez en pessaire, à l'aide d'une canule, afin d'enfoncer aussi avant que possible, de la laine enroulée autour d'une plume et trempée

dans du parfum blanc égyptien, du parfum de myrthe, de bacchar ou de marjolaine".

Ou encore : "Si la femme perd subitement la voix, vous trouverez froids les jambes, les genoux et les mains. Au toucher, la matrice ne se montre pas en bon ordre ; il y a des palpitations au coeur, grincement des dents, sueurs profuses, et les autres accidents des personnes atteintes de la maladie sacrée, ainsi que tous les actes messéants. Il faut faire, dans ces cas, d'abondantes affusions d'eau froide sur les jambes durant tout ce temps, et employer s'il est besoin les autres moyens".

La maladie sacrée étant la crise épileptique, nous avons déjà l'image de la grande crise d'hystérie, telle qu'elle fleurira plus tard.

HIPPOCRATE donne d'ailleurs la description des symptômes, suivant que la matrice se porte ou se fixe aux endroits les plus divers et les plus inattendus de l'organisme : à la tête, au coeur, aux hypocondres, vers le foie, aux côtes, dans les lombes ou les flancs, vers la hanche, vers l'ischion.

La conception utérine qui préside à ces descriptions et aux conseils thérapeutiques qui en découlent, marquera pendant longtemps la pensée médicale. Il s'agit bien, en effet, de pensée et non de déductions physio-pathologiques, car du temps d'HIPPOCRATE, il était défendu de procéder à des dissections sous peine de mort ; il devait se contenter d'élaborer ses théories d'après ce qu'il voyait, et d'après les idées philosophiques de son temps.

Les plus grands hommes de ce temps : DEMOCRITE, PLATON, EMPEDOCLE, PYTHAGORE, considéraient l'utérus comme un être particulier, logé au sein de la femme, doué de sentiment et de mouvement, un véritable animal qui désire ardemment engendrer des enfants, et responsable des manifestations hystériques lorsqu'il est contrarié dans sa finalité par la continence ou l'insatisfaction. C'est ainsi qu'ils étaient

unanimes à recommander le mariage comme traitement spécifique de l'hystérie.

Plus tard, au deuxième siècle, GALLIEN, mieux instruit en anatomie, contestera la faculté de l'utérus à se mouvoir à cause du peu d'extensibilité des ligaments qui le soutiennent, mais lui conservera celle d'être le siège de la maladie. Il évoquera comme étiologie la rétention de la liqueur séminale, la continence, la stérilité. Ne fait-il pas état du cas d'une femme devenue hystérique par veuvage, guérie par un second mariage, et redevenue hystérique par un second veuvage ?

Nombreux sont les auteurs qui, par la suite, continueront à invoquer comme étiologie l'irrégularité des menstrues et la rétention des humeurs viciées.

Ambroise PARE, au seizième siècle, qui incriminait la suffocation de l'utérus, donne une remarquable description de l'aura : "La femme, auparavant que ces accidents adviennent, sent monter de sa matrice une très grande douleur jusques à la bouche ; de l'estomach au coeur, il lui semble qu'elle estouffe, et dit sentir monter quelque morceau ou autre chose qui clost le gosier, avec grand abattement de coeur... Quelques-unes se couchent courbées sur le ventre, pour avoir moindre douleur, mettant la main dessus, pressant et s'efforçant pour empescher que la matrice ne monte".

Avec Charles LEPOIS, l'hystérie entre dans une phase plus scientifique. Il paraît être le premier auteur à avoir combattu la théorie utérine de l'hystérie, pour en faire une maladie du cerveau et des nerfs, commune à l'homme et à la femme, non influencée dans son évolution par le mariage. Il l'attribua à la compression de l'origine des nerfs, par une sérosité épanchée du cerveau.

HYGMOR, vers 1670, en fait une maladie circulatoire, due à la gêne du courant sanguin dans le coeur, ce qui cause la dyspnée, la compression des

intestins par le diaphragme, et la sensation de boule pharyngée.

SYDENHAM confondit les symptômes de l'hypocondrie avec ceux de l'hystérie, n'en faisant qu'une seule et même maladie désignée par le nom d'affection hystérique. Ces deux maladies, disait-il, ne diffèrent pas plus entre elles qu'un oeuf d'un autre oeuf. Pour lui, l'hystérie est "la grande simulatrice" capable de revêtir les formes les plus diverses, appartenant à toutes les autres maladies. Il évoque comme étiologie le mouvement déréglé des esprits animaux, esprits animaux qui ont une large diffusion à son époque.

HOFFMANN, vers 1730, revient à l'opinion d'HIPPOCRATE, incriminant l'engorgement de l'utérus par le sang, la lymphe ou le sperme dont les vapeurs sont délétères pour le système nerveux, la conduction des manifestations se faisant par la moelle.

WILLIS se rapproche de l'opinion de LEPOIS, considérant l'hystérie comme une maladie convulsive résultant de l'affection du cerveau et des nerfs ; il adopte la notion d'hystérie chez la femme et d'hypocondrie chez l'homme, manifestations d'une même maladie.

Dans cette même période, RAULIN, POMME et WHYTT confondent les affections hystériques et hypocondriaques sous le nom générique de vapeurs. POMME en plaçait le siège dans le système nerveux, et WHYTT dans les viscères du bas-ventre.

Au début du dix-neuvième siècle, PINEL englobe l'hystérie dans le grand chapitre des "Névroses génitales de la femme" et écrit : "La nymphomanie ou la fureur utérine est, pour la femme, ce que la satyriase est pour l'homme". A la fin d'une de ses observations, il conclut d'ailleurs : "L'évacuation menstruelle s'est régularisée, et la jeune personne a, depuis ce temps-là, joui d'une bonne santé ; mais, pour prévenir toute rechute, j'ai fortement insisté

sur la nécessité du mariage vers l'approche de l'hiver, et c'est ainsi qu'une guérison solide s'est terminée en remplissant le voeu de la nature". Pour lui, "le siège primitif de l'hystérie, comme l'indique son nom, paraît être la matrice".

BICHAT, vers 1821, pense que l'hystérie, l'hypocondrie, la mélancolie dépendent d'une lésion du système nerveux ganglionnaire et spécialement des ganglions semi-lunaires du plexus solaire.

LOUYER-VILLERMAY, dont l'influence a été très grande au dix-neuvième siècle en ce qui concerne l'hystérie, en revient à une névrose utérine, le système nerveux de cet organe étant seul affecté. "Si l'on cherche à connaître quel est le siège de cette maladie, et quels dérangements des organes de la femme produisent les phénomènes de l'hystérie, on est bientôt convaincu que l'utérus est le siège de cette névrose, et qu'il existe vers cet organe une irritation, un spasme qui se fait le plus souvent sentir aux malades elles-mêmes, et qui est indépendant d'une lésion organique ou d'une altération du tissu". "Pendant les accès d'hystérie, la main, placée sur l'hypogastre, reconnaît un mouvement vermiculaire qui se fait également sentir au doigt introduit dans le vagin." Il en découle que LOUYER-VILLERMAY nie l'hystérie masculine qu'il confond avec l'hypocondrie.

GEORGET, par contre, adoptant l'opinion de LEPOIS et WILLIS, soutient que le siège de la maladie est le cerveau, emploie les termes d'encéphalie, cérébropathie spasmodique ou convulsive, et préconise comme thérapeutique les "pilules de mie de pain et autres substances de même énergie". On voit déjà se profiler la suggestion médicamenteuse consciente du thérapeute.

FOVILLE, partisan de la théorie utérine, distingue deux ordres de symptômes dans l'hystérie : ceux qui frappent le système nerveux de la vie dite animale, et ceux caractérisés par des troubles variés dans les fonctions des viscères abdominaux et thoraci-

ques.

BROUSSAIS, en 1835, dans son cours de pathologie, fait du système nerveux utérin le point de départ de l'hystérie et écrit : "Quelques médecins ont voulu placer le siège de cette affection dans le cerveau, et GEORGET, dans ces derniers temps, était parvenu à accréditer cette erreur, dont il n'est pas au reste le premier coupable".

La question de l'hystérie devenant tellement épineuse, la Société Royale de Médecine de Bordeaux organise un concours, afin de récompenser l'auteur qui écrira le meilleur ouvrage sur le sujet suivant : "Examiner comparativement les diverses opinions émises sur la nature, le siège, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique de l'hypocondrie et de l'hystérie, et faire ressortir l'identité ou les différences de ces deux maladies".

C'est DUBOIS d'Amiens qui se voit décerner la médaille d'or, pour son ouvrage : "Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie". Il fait de l'hystérie "une surexcitation nerveuse de la matrice, qui réagit sympathiquement dans les attaques sur l'axe cérébro-rachidien". Dans l'hystérie, dit-il, c'est la puissance vitale surexcitée dans un appareil organique qui réagit sur l'axe cérébro-spinal. A son avis, l'hypocondrie est une maladie de l'esprit propre à l'homme, et l'hystérie une maladie des organes propre à la femme.

Avec BRODIE, commence le traitement véritable de l'hystérie. Il recommande avant tout un traitement inoffensif, "les affections guérissant le plus souvent sous l'influence d'une vive impression morale".

BRIQUET, que CHARCOT aimera citer par la suite dans ses leçons, reconnaît l'origine nerveuse de l'hystérie qu'il définit comme "une maladie consistant dans une névrose de la portion de l'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les

sensations".

En 1845, l'Académie de Médecine propose la question de l'hystérie comme sujet du Prix Civrieux. Deux lauréats se partagent le prix : BRACHET qui soutient la théorie cérébrale, et LANDOUZY qui défend la théorie utérine. L'opinion générale semblait pourtant bien être pour LANDOUZY.

On assiste, à la fin du dix-neuvième siècle, à l'âge d'or de l'hystérie. Deux grandes Ecoles vont s'illustrer dans son étude : celle de la Salpêtrière avec CHARCOT, celle de Nancy avec BERNHEIM. Ensuite, viendront BABINSKI et ses collaborateurs.

Jean-Marie CHARCOT prend en 1862 son service à la Salpêtrière, où il est chargé de la section des hystériques. Il s'attache à l'étude de l'hystérie et de ses principales manifestations, et surtout de la crise dont il donne une description en quatre périodes, les autres manifestations étant rassemblées sous le nom de stigmates. Il fait de l'hystérique un malade psychique qu'il compare à un somnambule ambulant, faisant jouer les rôles primordiaux à l'hérédité et au choc émotionnel. Laissons lui la parole.

"Quelques-uns mêmes ne voient, dans plusieurs de ces affections, qu'un assemblage de phénomènes bizarres, incohérents, inaccessibles à l'analyse et qu'il vaudrait mieux peut-être reléguer dans la catégorie de l'incognoscible. C'est l'hystérie surtout qui est visée par cette sorte de proscription". "Un grand mérite de BRIQUET est d'avoir, dans son beau livre, établi d'une façon irréfragable que l'hystérie reconnaît, elle aussi, au même titre que les autres états morbides, des règles, des lois, qu'une observation attentive et suffisamment multipliée permettra toujours de dégager".

Avec CHARCOT et ses élèves : PITRES, RICHER, GILLES DE LA TOURETTE, BOURNEVILLE, SOUQUES, et autres disciples, l'hystérie reçoit ses lettres de noblesse, avec sa grande attaque, ses formes multiples, ses zo-

nes hystérogènes, ses stigmates. Les leçons magistrales de CHARCOT sur l'hystérie et l'hypnotisme attireront des auditeurs aussi bien français qu'étrangers, parmi lesquels on peut noter FREUD, le futur fondateur de la psychanalyse. De nombreux ouvrages paraissent sur le sujet, presque tous préfacés par CHARCOT lui-même.

L'Ecole de Nancy, avec BERNHEIM et LIEBAULT, est la grande rivale de celle de la Salpêtrière, attirant souvent les mêmes auditeurs, dont également Sigmund FREUD. Elle professe une opinion contraire, affirme que l'attaque décrite par CHARCOT n'est qu'une forme spéciale à la Salpêtrière, un produit de culture, le résultat de la suggestion médicale, ou de l'auto-suggestion.

"On ne saurait croire, dit BERNHEIM, combien les névropathes et les hystériques ont été exposés à faire de la suggestion inconsciente ; on crée des névralgies, on crée des zones hystérogènes, des zones hypnogènes, on crée de l'anesthésie, on crée même des antécédents morbides illusoires, on extériorise sur les malades ses propres conceptions, on fabrique une observation avec les idées préconçues qu'on a dans l'esprit".

Dans l'introduction de la troisième édition de son livre sur l'hypnotisme et la suggestion, il déclare : "Un premier fait m'avait frappé, c'est que la grande hystérie classique de la Salpêtrière, avec ses quatre périodes ou phases se déroulant dans un ordre régulier, est une hystérie de culture qui n'existe qu'à la Salpêtrière et dont l'évolution régulière est suggérée par imitation ; les sujets se copient les uns les autres".

Il lie ainsi l'hystérie, l'hypnotisme et la suggestion par ce qu'il appelle "la loi de la transformation idéo-dynamique".

Parlant de BABINSKI en 1910, il dira : "BABINSKI qui m'avait vivement combattu, défendant la

doctrine de la Salpêtrière (Gazette hebdomadaire de Médecine, 1891), a fait peu à peu une évolution notable vers mes idées. Il reconnaît comme moi la nature suggestive des prétendus stigmates de l'hystérie, et le rôle prépondérant de la suggestion dans ses diverses manifestations et leur guérison". De la révision proposée et faite par BABINSKI, il fera remarquer : "Cette révision avait été faite par moi depuis près de vingt ans !".

BABINSKI, ancien défenseur de la théorie de CHARCOT, comme l'a souligné BERNHEIM, va faire pâlir l'étoile de l'hystérie, jusqu'à proposer à la place le nom de pithiatisme, ce qui lui paraît mieux convenir, pour traduire le rôle principal joué par la suggestion dans cette prétendue affection.

Par une étude minutieuse, il débarrasse l'hystérie de tout un cortège de signes qui sont soit des supercheries, comme la prétendue fièvre hystérique, les hématémèses hystériques, soit des signes d'atteinte neurologique qu'il qualifie de "troubles d'origine réflexe", soit de la simulation pure et simple.

Il faut être reconnaissant à ce neurologue de grand talent d'avoir su différencier les vrais signes des paralysies organiques, des manifestations hystériques et simulées, qui ne supportaient pas les critères neurologiques qu'il a su lui-même décrire, tels que le signe de l'éventail et le signe du gros orteil qui sont passés à la postérité sous le nom de "signe de Babinski".

Il propose, en 1909, le "démembrement de l'hystérie", et de ce qui reste, de ce qu'il ne peut plus éliminer du cadre de l'hystérie , il parle en ces termes :

"L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner.

"Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

"Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

"Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs".

Parlant ensuite de l'hypnotisme, il dit :

"L'hypnotisme est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve susceptible de subir la suggestion d'autrui.

"Il se manifeste par des phénomènes que la suggestion fait naître, que la persuasion fait disparaître et qui sont identiques aux accidents hystériques".

Dorénavant, il n'emploiera plus que le terme de pithiatisme, ou occasionnellement celui d'hystérie-pithiatisme, et, sous son influence, l'hystérique deviendra suspect, surtout suspect de simulation. Car le grand reproche qu'on puisse faire à sa définition, c'est de donner comme caractère distinctif de l'hystérie, un caractère inconstant, qui peut faire défaut, qui est seulement possible : l'apparition et la disparition des manifestations sous l'influence exclusive de la suggestion et de la contre-suggestion.

Après la grande époque de l'hystérie, celle de CHARCOT, BERNHEIM, BABINSKI, tout semble être dit sur les manifestations cliniques. On se préoccupe désormais surtout de l'étiologie et de la thérapeutique. Un nouveau courant d'idées se fait jour avec JANET et FREUD, orientant vers une conception psychologique de l'affection.

Il faut toutefois citer, parmi les élèves de CHARCOT, ceux qui eurent une certaine autorité en la matière : PITRES, Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, qui a publié, en 1891, ses "Leçons cliniques sur l'hystérie et hypnotisme", et RICHER, qui a

publié, en 1881, ses "Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie", ouvrage préfacé par CHARCOT, abondamment illustré, et très utile à consulter pour se faire une idée valable de la vie qui animait l'Ecole de la Salpêtrière.

P. SOLLIER, en 1897, essaiera de faire admettre une doctrine nouvelle et originale : "J'ai été amené à une conception nouvelle de la genèse et de la nature de l'hystérie, que je considère, non comme une affection purement psychique, comme on tend à l'admettre aujourd'hui, mais comme une affection physique, quoique simplement fonctionnelle". Il compare les troubles du sommeil chez l'hystérique à ceux rencontrés chez le somnambule, et conclut que l'hystérique est un "vigilambule". Il ramène tous les phénomènes hystériques à des manifestations de l'anesthésie de la région ou de l'organe intéressé.

"L'hystérie, dit-il, est un trouble physique, fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux, et se traduisant par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices et trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques sont des vigilambules, dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu".

Analysant les sensations produites chez lui, quand il croise la jambe gauche sur la droite pendant trois-quarts d'heure sans bouger, et les comparant, dans leur apparition et leur disparition, aux phénomènes ressentis par l'hystérique, il conclut à leur analogie dans les deux cas, et "leur correspondance à des modifications physiologiques du système nerveux".

André THOMAS fait jouer un rôle important à l'émotion-choc que nous avons vue, combattue par BABINSKI. Toutefois, il y met une charge affective

qui ne semble pas encore exister chez BABINSKI, et qui prendra une importance très grande chez CESTAN et VERGER. C'est ainsi qu'il écrit : "Entre la syncope émotive ou l'agitation motrice que, sous l'influence d'un choc émotif, l'individu le mieux constitué est susceptible de faire, et la plus caractérisée des crises hystériques, tous les intermédiaires existent".

Passant en revue les diverses manifestations ayant été attribuées à l'hystérie : troubles trophiques, fièvre, hématémèse, ulcère, hématurie, troubles sensitifs, paralysies, troubles moteurs, etc..., soit il les rattache à des maladies organiques définies n'ayant rien à voir avec l'hystérie, soit il les met sur le compte de la supercherie. Cependant, il ne manque pas de signaler qu'il est parfois très difficile, surtout pour les troubles moteurs, de faire la part entre supercherie, simulation et suggestion hystérique.

En ce qui concerne les grandes crises, il note qu'à son époque, "elles n'ont pas les caractères des crises hystériques, tels qu'ils ont été décrits par CHARCOT, ne se déroulent pas en quatre périodes, varient dans leur forme avec chaque sujet, sont individuelles".

CESTAN et VERGER, en 1919, font également jouer le rôle primordial à l'émotion dans la genèse de l'hystérie. "La plus importante, la seule même, pourrait-on dire, est constituée par l'émotion. Elle ne paraît agir que dans certaines conditions, réalisées au maximum dans ce qu'on a appelé l'émotion-choc : état émotionnel à la fois subit et intense comme celui que crée une mauvaise nouvelle inattendue, une surprise désagréable ou la frayeur sous ses diverses formes".

Ils précisent d'ailleurs que ce sont les blessés légers, et le plus souvent ceux qui s'en tirent avec des écorchures, ou la simple peur, qui feront ultérieurement de l'hystérie, tandis que "les

grands blessés chirurgicaux ne surajoutent pas d'accidents hystériques à leurs lésions traumatiques".

La guerre mondiale va d'ailleurs poser le problème de l'hystérie sous un nouvel aspect et, dans le chapitre de l'hystéro-traumatisme, une large part doit être faite à l'hystérie de guerre. Quelles seront les limites entre hystérie, hystéro-traumatisme, autosuggestion, simulation et supercherie plus ou moins conscientes en vue de se faire attribuer une pension de guerre ou de se faire réformer ? Nombreux sont les cas où les experts ont eu bien du mal à être justes dans leurs appréciations.

Une autre voie que nous avons déjà signalée, celle de la conception psychologique de l'hystérie, est née dans la période de gloire même de l'hystérie, du temps de CHARCOT, BERNHEIM et BABINSKI, sous l'influence de Pierre JANET et de Sigmund FREUD.

Pierre JANET, étudiant l'état mental des hystériques, fait de l'hystérie une affection où l'état mental est la dominante.

"L'hystérie est une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies par faiblesse, par épuisement cérébral ; elle n'a que des symptômes physiques assez vagues, consistant surtout dans une diminution générale de la nutrition ; elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux ; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, une aboulie, un rétrécissement du champ de la conscience qui se manifeste d'une manière particulière : un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images, cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle ; il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes indépendants les uns des autres". ..."Si on veut résumer en deux mots cette définition complexe, on dira : l'hystérie est une forme de désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité".

Sigmund FREUD, après son passage à la Salpêtrière en 1885-1886, va chercher le sens des symptômes hystériques au-delà de la suggestion et de l'hypnose. Lui aussi admet un rétrécissement de la conscience chez l'hystérique ; mais à la différence de JANET qui en faisait un phénomène primitif, il attribue ce rétrécissement à un "trouble dynamique de la répartition malencontreuse de l'énergie affective".

Dans son commentaire du cas de Mme Emmy Von N..., il attaque la conception de JANET en ces termes : "A mon avis, Janet a placé à tort les états consécutifs aux modifications hystériques de la conscience au rang de conditions primaires de l'hystérie".

Il explique cette différence entre sa conception et celle de JANET par le fait qu'on est "tenté de croire que JANET a établi ses conceptions principalement en étudiant à fond les hystériques débiles mentaux que recueillent les hôpitaux et les asiles".

A son avis, l'hystérique chasserait de sa conscience les éléments pénibles, surtout de nature sexuelle, pour les rejeter dans l'inconscient. L'hystérie devient ainsi un amalgame de complexes idéo-instinctifs, générateurs d'anomalies mentales. Cette conception donnera naissance au grand mouvement de la Psychanalyse, dont l'essor ira en grandissant jusqu'à nos jours.

ÉVOLUTION DES MANIFESTATIONS & DES MODES D'EXPRESSION DE L'HYSTÉRIE

Dans l'histoire des manifestations de l'hystérie, on peut distinguer trois périodes : - avant les Ecoles de la Salpêtrière et de Nancy ; - pendant la période de gloire de l'hystérie sous l'influence de CHARCOT d'une part, de BERNHEIM d'autre part, et de leurs élèves ; - après la grande période.

L'une des plus anciennes descriptions connues est celle d'HIPPOCRATE. Les manifestations changent suivant la position de la matrice ou son lieu de fixation. Le cortège de signes est déjà très évocateur: palpitations du coeur, grincements des dents, perte de la parole, et les manifestations de la maladie sacrée, c'est-à-dire de la crise d'épilepsie.

Avec GALLIEN et ses successeurs, les signes n'ont guère varié, et en 1813, PINEL rapporte : "Etat de tristesse, d'inquiétude ; on devient taciturne ; on recherche la solitude ; perte de sommeil et d'appétit, combat intérieur entre des sentiments de pudeur et l'impulsion des désirs effrénés". Autrement, note-t-il encore : abandon aux penchants voluptueux, oubli des règles de pudeur et de bienséance, gestes indécents, sollicitations et instances à l'approche du premier venu.

PINEL cite, parmi les prodromes : bâillements, vertiges, pleurs sans cause, éclats de rire involontaires, rougeur et pâleur alternatives de la face. Il distingue trois degrés dans les accès hystériques,

propres à éclairer le traitement :

"Premier degré : Sentiment d'une boule qui semble partir de la matrice et faire refouler vers l'estomac une chaleur plus ou moins vive, ou un froid glacial, en se portant ensuite au cou, et en gênant plus ou moins la respiration ; dépression et tension de l'abdomen ; quelquefois aussi, gonflement comme dans la poitrine, et refroidissement des extrémités ; le plus souvent, rougeur du visage et quelquefois pâleur.

" Deuxième degré : Dans les attaques d'hystérie plus intenses, gonflement de la poitrine, du cou et de la face, gêne de la respiration portée jusqu'à la suffocation, refroidissement extrême des pieds, pouls presque insensible, sentiment plus ou moins obtus, et quelquefois perte de connaissance, mouvements convulsifs des membres, du tronc et de la tête.

"Troisième degré : Suspension presque absolue de la circulation et de la respiration ; la chaleur animale paraît presque entièrement éteinte ; pâleur, insensibilité, immobilité, mort apparente, et quelquefois réelle, mais dans des cas très rares : ces attaques très violentes peuvent durer deux ou même trois jours, et donner lieu à des méprises funestes par une inhumation trop précipitée".

Au Moyen Age, les croyances religieuses de l'époque influencent considérablement l'hystérie, qui verse dans la démonomanie. Certains symptômes, comme l'anesthésie hystérique, sont considérés comme des stigmates de la possession diabolique et conduisent presque inéluctablement au bûcher. L'hystérique échappe au médecin, c'est désormais un possédé qu'on exorcise. Les pratiques bizarres utilisées à cet effet fournissent d'ailleurs un nouvel aliment à l'imagination des foules.

Les hystériques sont suspectés de sorcellerie. Une des épreuves les plus couramment utilisées est celle de la douleur. L'anesthésie hystérique a

beau jeu, permettant de convaincre nombre de ses porteurs de commerce avec le diable. Beaucoup de femmes avouent avoir été visitées par des incubes, tandis que certains hommes sont également convaincus d'avoir eu des relations avec des succubes.

L'exorcisme fait fortune. Les monuments de cette époque, les bas-reliefs et miniatures sont remplis d'un grand nombre de représentations de séances d'exorcisme. On y voit le Christ ou un prêtre délivrer les possédés représentés sous forme d'individus enchaînés, de la tête ou de la bouche desquels le démon s'échappe.

C'est la période des grandes épidémies hystériques, aux manifestations les plus variées, que LEGRAND DU SAULE qualifiera plus tard de folie hystérique. Ces manifestations, commencées vers la fin du quatorzième siècle, se poursuivront jusqu'au dix-neuvième siècle, dépassant largement le Moyen Age, résistant même aux acquisitions scientifiques et aux progrès intellectuels. Les formes varient selon les lieux et la période, mais ce qui frappe toujours, c'est le caractère mystérieux de des épidémies, ou tout au moins le caractère mystérieux que les acteurs veulent y trouver. L'influence religieuse semble toujours s'y retrouver, quoique les modes d'expression soient des plus divers : possessions, convulsions, chorée rythmée, danses, crises épileptiformes, extase, visions.

Une des plus célèbres est la chorée épidémique d'Aix-la-Chapelle qui dura plus de deux siècles, se répandant dans toute l'Allemagne et les Pays-Bas, venant se manifester jusqu'à Strasbourg vers 1418. Des pélerinages furent organisés à la chapelle de Saint-Guy et à Dresselhausen qui, au lieu de calmer cette épidémie, contribuèrent à l'exaspérer et à la répandre, à la renouveler. La danse de Saint-Guy devint une véritable terreur.

C'est vers 1374 qu'on vit arriver à Aix-la-Chapelle des troupes d'hommes et de femmes qui, dans un délire commun, sans s'inquiéter des témoins, se

mettaient à danser des heures entières, jusqu'à l'épuisement et à la chute.

Ces scènes singulières ont été fixées dans les tableaux des peintres flamands, et surtout ceux de BRUEGHEL le Vieux.

Une variété de chorée épidémique sévissait dans le même temps en Italie sous le nom de tarentisme, l'affection étant attribuée à la morsure d'une araignée venimeuse, la tarentule. Les victimes commençaient par sentir une diminution de la vue et de l'audition, puis des difficultés du langage, pour sombrer lentement dans un état de sommeil d'où elles se réveillaient en se mouvant d'abord lentement et en mesure, avant d'être entraînées dans une danse frénétique.

Des épidémies de possession démoniaque furent aussi célèbres, telles celle des moinesses de Cambrai en 1491, celle des religieuses du couvent d'Ubertet en 1550, du couvent de Nazareth à Cologne en 1564. Rares sont les couvents qui n'ont pas eu leurs possédées et leurs exorciseurs, pour ne pas être en retard sur la grande mode.

Encore plus célèbres furent : les possessions des Ursulines d'Aix, de 1609 à 1611, où le curé Gaufridi, supérieur du couvent, fut brûlé vif pour être rendu responsable d'avoir ensorcelé les religieuses ; des Ursulines de Loudun en France, de 1632 à 1639 ; des religieuses de Louviers, en 1642 ; des convulsionnaires de Saint-Médard, en 1727, où les fidèles étaient pris de convulsions lors de pélerinages, sur le tombeau du diacre Pâris, mort en odeur de sainteté.

Dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle, ce sont les manifestations extatiques et visionnaires qui se produisent dans les revivals et camp-meetings américains et irlandais, et surtout l'épidémie d'hystéro-démonopathie de Morzine , en Haute-Savoie, de 1857 à 1861.

Tout commença à Morzine , en mars 1857, par des manifestations extraordinaires chez deux petites filles, et qui, gagnant de proche en proche, atteignirent un grand nombre d'enfants, de jeunes filles et de femmes. Les témoins de l'époque affirment que les enfants, pendant leurs crises, parlaient en langues diverses, déployaient des forces d'hommes, grimpaient agilement aux arbres pour sauter d'une cîme à l'autre.

Devant l'ampleur de l'épidémie, le Docteur CONSTANS, Inspecteur Général du Service des Aliénés, est délégué à Morzine avec mission officielle d'enquête et de traitement. Ses tentatives thérapeutiques échouent. Alors, il fait changer le curé de Morzine , fait envoyer sur place une brigade de gendarmerie et une délégation d'infanterie. La mesure d'intimidation réussit ; l'épidémie prend fin en 1861.

L'HYSTÉRIE ET L'ÉCOLE DE LA SALPÊTRIÈRE

Lorsque CHARCOT prit son service à la Salpêtrière, en 1862, la plupart des accidents hystériques étaient déjà connus et décrits, mais il existait une telle confusion dans l'agencement de ces accidents, qu'il était indispensable d'y mettre de l'ordre et de préciser leurs caractères fondamentaux. Il divisa les manifestations en troubles critiques : c'est la "grande crise", à laquelle le nom de CHARCOT restera toujours attaché, - et troubles permanents ou stigmates.

La grande crise est décrite par CHARCOT selon l'image de la crise épileptique, avec quatre phases précédées d'une aura. Voyons-en la description donnée par l'Ecole de la Salpêtrière.

L'AURA HYSTÉRIQUE, telle que nous la présente

CHARCOT lui-même, dans ses Leçons sur les Maladies du système nerveux :

"En somme, Messieurs, nous venons de circonscrire le foyer initial de l'aura (la région ovarienne) et, du même coup, nous avons provoqué des irradiations douloureuses vers l'épigastre (premier noeud de l'aura, dans le langage de M. Pierry), compliquées parfois de nausées et de vomissements ; puis, si la pression est continuée, surviennent bientôt des palpitations du coeur avec fréquence extrême du pouls, et enfin se développe au cou la sensation du globe hystérique (deuxième noeud).

"En ce point s'arrête, dans les auteurs, la description des irradiations ascendantes qui constituent l'aura hystérique. Mais, d'après ce que j'ai observé, l'énumération ainsi limitée serait incomplète, car une analyse attentive permet de reconnaître, le plus souvent, certains troubles céphaliques qui ne sont évidemment que la continuation de la même série de phénomènes. Tels sont, s'il s'agit par exemple de la compression de l'ovaire gauche, des sifflements intenses qui occupent l'oreille gauche et que les malades comparent au bruit strident que produit le sifflet d'un chemin de fer ; une sensation de coups de marteau frappés sur la région temporale gauche ; puis, en dernier lieu, une obnubilation de la vue marquée surtout dans l'oeil gauche.

"Les mêmes phénomènes se montreraient sur les parties correspondantes du côté droit, dans le cas où l'exploration porterait, au contraire, sur l'ovaire droit."

Voici la description de la grande attaque, donnée par RICHER, avec ses quatre périodes comme l'enseignait CHARCOT.

1°)- Période épileptoïde.

Elle peut ressembler et ressemble le plus souvent à s'y méprendre à l'attaque d'épilepsie vraie:

convulsions toniques, cloniques, puis stertor. Mais, malgré ces apparences, deux faits prouvent péremptoirement que l'épilepsie n'est là que pour la forme :

1°- La compression ovarienne peut arrêter plus ou moins brusquement, bien entendu dans les cas où l'ovarie existe, les convulsions, à quelque moment de la période épileptoïde qu'on la pratique.

2°- Les interventions de courants électriques produisent le même effet. Il en est de même d'une forte friction exercée sur les points hystérogènes. Or, jamais aucun de ces moyens n'a pu, non seulement enrayer, mais même atténuer les convulsions de l'épilepsie vraie.

Il y a lieu de diviser cette période épileptoïde en trois phases :

a)- Phase tonique : Elle débute le plus souvent par quelques mouvements de circumduction des membres supérieurs, en même temps que survient la perte de connaissance, l'arrêt momentané de la respiration, la pâleur, puis la rougeur du visage, le gonflement du cou, la distorsion des traits de la face et quelquefois la protrusion de la langue. Le cri au début de l'attaque, signalé par les auteurs, se réduit le plus souvent à quelques bruits gutturaux. Cette phase tonique se termine par l'immobilisation tétanique de tout le corps.

b)- Phase clonique : Les membres et tout le corps sont animés d'oscillations brèves et rapides dont l'amplitude augmente par degrés et qui se terminent par de grandes secousses généralisées. Les muscles de la face, animés des mêmes mouvements, la rendent horriblement grimaçante.

c)- Phase de résolution : La face demeure bouffie, les yeux sont fermés, tous les muscles sont dans la résolution la plus complète, la respiration devient stertoreuse.

2°)- Période de contorsions et de grands mouvements. Clownisme.

Après un moment de calme assez court qui suit le stertor, la seconde période commence. Elle est constituée par deux ordres de phénomènes distincts : les contorsions et les grands mouvements.

Les contorsions consistent en des attitudes bizarres qui ne semblent soumises qu'à la loi de l'étrange, de l'impossible et de l'illogique. Ces attitudes sont fort variées ; l'une des plus communes est l'arc de cercle : la malade est courbée en arrière, les pieds et la tête reposent seuls sur le lit, le ventre formant le sommet de la courbe.

Les grands mouvements consistent le plus souvent en des oscillations rapides et étendues de toute une partie du tronc ou des membres seulement. Le plus fréquent des grands mouvements est celui-ci : la malade se redresse comme pour se remettre sur son séant, sa tête s'abaisse jusqu'au niveau des genoux, puis elle se renverse brusquement en arrière, heurtant violemment l'oreiller. Ce mouvement se répète jusqu'à vingt fois de suite ; il est souvent précédé ou interrompu par des cris automatiques dont le timbre perçant rappelle le sifflet des chemins de fer. D'autres fois, ces grands mouvements sont complètement désordonnés ; la malade semble lutter contre un être imaginaire ou essaie de se débarrasser des liens qui la retiennent. Elle pousse des cris affreux ; elle est prise d'une sorte de rage qui la porte à se frapper, à se mordre ou à s'arracher les cheveux.

3°)- Période des attitudes passionnelles.

L'hallucination préside manifestement à cette troisième période. La malade entre elle-même en scène par la mimique expressive et animée à laquelle elle se livre, les phrases entrecoupées qui lui échappent ; il est facile de suivre toutes les péripéties du drame auquel elle croit assister et où elle joue souvent le rôle principal. Deux ordres d'idées bien diffé-

rents se partagent ordinairement les hallucinations de la malade ; le tableau a deux faces : l'une gaie et l'autre triste. Dans l'ordre gai, la malade se croit, par exemple, transportée dans un jardin magnifique, sorte d'Eden où souvent les fleurs sont rouges et les habitants vêtus de rouge. On y joue de la musique. La malade y rencontre l'objet de ses rêves ou de ses affections antérieures et les scènes érotiques suivent quelquefois. Les tableaux tristes sont des incendies, la guerre, la Commune, des assassinats, etc... ; presque toujours, il y a du sang répandu.

4°)- Période terminale.

Enfin, la malade revient au monde réel. Elle reconnaît les personnes qui l'entourent, mais elle demeure plus ou moins longtemps dans un délire, le plus souvent mélancolique, troublé par des hallucinations. Elle voit des animaux, des rats, des chats noirs, des vipères, des corbeaux, etc... Ces visions causent la plus grande frayeur à la malade et se montrent principalement du côté hémi-anesthésique, ainsi que cela a lieu, comme l'a montré M. CHARCOT, dans les périodes de calme. Il s'y ajoute parfois des contractures généralisées fort douloureuses et qui disparaissent assez rapidement, ou des contractures partielles qui ne provoquent aucune douleur, mais peuvent persister beaucoup plus longtemps.

L'attaque régulière, l'attaque type, ainsi composée de ces quatre périodes, offre une durée moyenne d'un quart d'heure ; mais elle peut se répéter pour constituer des séries d'attaques dont le nombre varie de vingt à deux cents et plus. La malade peut demeurer alors dans une sorte d'état de mal, analogue à l'état de mal épileptique, mais qui peut se prolonger vingt-quatre heures et plus. Il y a lieu de relever ici plusieurs caractères diagnostiques importants à connaître : l'absence d'élévation thermique, qui ne manquerait pas de se produire s'il s'agissait de l'état de mal épileptique ; l'influence de la compression des ovaires, celle du frottement exercé sur les zones hystériques, et celle de l'intervention des cou-

rants galvaniques, etc...

La crise ainsi décrite portait le nom d'attaque d'hystéro-épilepsie. Cependant, CHARCOT lui-même admettait la possibilité de nombreuses modifications, soit par extension d'une période et sa prédominance sur les autres, soit par immixtion d'éléments étrangers à la constitution fondamentale de la crise, par exemple : somnambulisme, catalepsie, léthargie.

Cette crise n'étant qu'un état paroxystique, ce sont les "stigmates" qui ont la plus grande valeur diagnostique. Les stigmates permanents peuvent se différencier en trois catégories : sensitifs, moteurs, psychiques.

= Troubles sensoriels et sensitifs.

Ils occupent une place prépondérante.

Les troubles de la sensibilité, qui seront sévèrement attaqués par la suite, consistent essentiellement en l'anesthésie avec ses caractères variés: superficielle, profonde, incomplète, totale, généralisée, ou surtout localisée dans la forme très évocatrice d'hémi-anesthésie. Cette hémi-anesthésie siégeant le plus souvent à gauche. Fréquente aussi est l'insensibilité de la cornée, de même que l'anesthésie pharyngée.

La sensibilité peut être également exaltée: rachialgies, clou hystérique, zones hystérogènes. LEGRAND DU SAULE remarque d'ailleurs, en 1883 : "La douleur est plus forte quand la malade voit l'examen auquel on la soumet".

Les zones hystérogènes ont une grande importance, et CHARCOT les définit ainsi : "Ce sont des régions du corps plus ou moins circonscrites, au niveau desquelles la pression ou le simple frottement détermine, plus ou moins rapidement, le phénomène de l'aura, auquel succède quelquefois, si l'on insiste, l'attaque hystérique. Ces points, ou mieux ces plaques, ont encore la propriété d'être le siège d'une

sensibilité permanente et, avant l'attaque, d'une exacerbation douloureuse spontanée qui, par suite, constitue une partie de l'aura".

En examinant les figures du livre de P. RICHER, on constate que les principales zones siègent à la face antérieure gauche du tronc, et que les zones les plus importantes occupent les régions mammaire et ovarienne.

Les troubles sensoriels sont également du domaine subjectif ; ce sont des troubles du goût, de l'odorat, de l'ouïe, mais surtout de la vision. Ce sont essentiellement : le rétrécissement du champ visuel, l'amblyopie, la dyschromatopsie, l'amaurose.

= Troubles moteurs.

Ce sont essentiellement des paralysies, des impotences, des mouvements anormaux, des spasmes, des contractures.

Les paralysies et impotences sont très nombreuses, pouvant revêtir de multiples aspects. L'hémiplégie hystérique est l'une des plus évocatrices, avec la démarche de TODD : "Le malade, dit ce clinicien anglais, traîne après lui le membre paralysé comme s'il s'agissait d'une pièce de matière inanimée, et n'exécute aucun acte de circumduction, ne fait aucun effort d'aucune sorte pour le détacher du sol ; pendant qu'il marche, le pied balaye le sol. Cela est caractéristique de la paralysie hystérique". On décrivait également la monoplégie brachiale avec anesthésie en gigot, la paralysie faciale hystérique, l'astasie-abasie.

Les contractures pouvaient frapper n'importe quel groupe de muscles, être permanentes ou réflexes, en sorte que CHARCOT parlait d'une véritable contracture latente chez l'hystérique.

Parmi les spasmes et mouvements anormaux, on trouvait l'hémispasme glosso-labié, les tortico-lis, le blépharospasme, la chorée rythmée, à propos de laquelle CHARCOT écrivit : "Rythme et cadence, voilà un des caractères propres à nombre de phénomè-

nes hystériques".

= Troubles psychiques.

Un grand nombre de troubles psychiques étaient mis sur le compte de l'hystérie : amnésie qui pouvait être générale, ou fragmentaire, aphasie, mutisme, bégaiement, délires, hallucinations, extase, léthargie, suggestibilité, aboulie.

= Autres troubles.

A une certaine période, il ne restait plus de symptômes qui ne se puissent voir dans l'hystérie et l'on s'étendait en descriptions fines sur des troubles circulatoires, des troubles trophiques, viscéraux, vaso-moteurs ; en sorte qu'on pouvait, parmi les signes hystériques, compter : la fièvre, les hémoptysies, l'anurie, la polyurie, des affections bulleuses et gangréneuses, etc...

= L'hystéro-traumatisme.

Décrit par CHARCOT comme succédant à l'émotion entraînée par le traumatisme, ce syndrome a persisté jusqu'à nos jours, sous divers aspects et des noms variés.

o o

L'HYSTERIE ET L'ECOLE DE NANCY

BERNHEIM professe, à Nancy, une opinion très différente de celle de CHARCOT et, pour lui, les manifestations constantes de l'hystérie, c'est-à-dire les stigmates, constituent un produit de culture de l'Ecole de la Salpêtrière. Pour lui, l'attaque en phases nettes, l'hémi-anesthésie, les zones hystérogènes, les stigmates et autres troubles du genre ne sont que les fruits de la suggestion.

En 1910, il écrit :
"L'ancien hypnotisme, tel que l'avait systé-

marisé CHARCOT, n'existe plus. L'ancienne hystérie séculaire, avec les développements que l'Ecole de la Salpêtrière avait donnés à sa doctrine, est battue en brèche"....

"Je puis dire que, depuis l'année 1900, je n'observe plus un seul cas d'hémi-anesthésie chez les sujets vierges d'exploration antérieure."

"J'ai constaté que les soi-disant zones hystérogènes, dont la topographie est décrite avec précision par les auteurs, n'ont que par la suggestion ce caractère de précision , qu'on peut ad libitim, en cherchant un point de l'abdomen, du thorax, souvent de tout le corps, provoquer la crise, soit qu'on la suggère directement, soit qu'on la suggère par l'intermédiaire d'une douleur provoquée dite hystérogène."

o o

L'INFLUENCE DE BABINSKI

Avec BABINSKI, l'hystérie va subir un démembrement tel qu'il ne restera plus grand'chose. Tous les signes attestant une atteinte neurologique définie seront rattachés à leur véritable étiologie, la crise elle-même se fera de plus en plus rare, et l'hystérique deviendra très suspect de supercherie et de simulation.

"Ayant fait mes premiers pas, dit-il, dans la carrière neurologique, à l'Ecole de la Salpêtrière, où j'eus l'honneur d'être de 1885 à 1887 le Chef de Clinique de CHARCOT, je fus, à mes début, imprégné des idées sur l'hystérie qu'on enseignait à cette époque et qui, jusque dans ces derniers temps, ont été presque unanimement admises.

"Je les avais d'abord acceptées sans réserve; mais ultérieurement, frappé par certaines constatations avec lesquelles elles me parurent difficiles à concilier, je fus amené à douter de leur exactitude et je me proposai de soumettre dorénavant, sans opi-

nion préconçue, à une analyse rigoureuse tous les faits pouvant me permettre d'en contrôler la valeur. Si les résultats de mes recherches m'ont conduit à abandonner la doctrine de mon illustre maître, je n'en conserve pas moins une admiration profonde pour le grand neurologiste".

Après la condamnation sévère et presque sans appel prononcée par BABINSKI, le cortège de troubles s'effrite peu à peu, et les hystériques sont obligés de chercher, au moins pour un temps, d'autres modes d'expression, d'allure plus névrotique, de consistance moins nette.

Après BABINSKI, l'hystérie change de voie. Dorénavant, elle s'orientera vers le domaine psychologique, sous l'impulsion de Pierre JANET et de Sigmund FREUD.

En 1935, Maurice DIDE, étudiant "l'hystérie et l'évolution humaine", écrit : "On ose à peine en parler aujourd'hui, tant il semble suranné de prononcer un mot que la plupart des médecins ont rayé de leur vocabulaire".

Est-ce la fin de l'hystérie ? Non. L'hystérie change de forme, elle s'adapte, elle se prépare à reprendre la vedette. Bientôt, son règne reprend avec la psychanalyse, la psychothérapie, la médecine psycho-somatique.

LES ÉTIOLOGIES ÉVOQUÉES ET THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES

Deux courants d'idées se partagent principalement, au cours de l'histoire, l'étiologie hystérique : la théorie utérine et la théorie nerveuse. On note certains aménagements de l'une ou l'autre théorie, certaines tentatives de synthèse, parfois une idée originale, mais presque toujours se profile l'ombre de l'une ou de ces deux étiologies.

La thérapeutique étant presque toujours la conséquence de l'étiologie évoquée, ces deux sujets doivent être vus ensemble.

LA THÉORIE UTÉRINE

Soutenue par HIPPOCRATE, GALLIEN et les auteurs anciens, elle arrive jusqu'à nos jours en subissant des aménagements successifs. C'est d'abord l'utérus, en tant qu'organe reproducteur, qui est rendu responsable ; ensuite, c'est l'innervation utérine ; enfin, ce sont les instincts sexuels refoulés.

HIPPOCRATE, évoquant les mouvements de la matrice et ses positions de fixation, propose les thérapeutiques de son époque : "pessaire trempé dans du parfum blanc égyptien, de myrthe, de bacchar, de marjolaine ; affusion d'eau froide sur les jambes, applications chaudes, fumigation de substances fétides ou de substances aromatiques ; absorption de lait

d'ânesse, de décoction d'orge filtrée ; provocation de vomissements.

GALLIEN et les autres auteurs anciens, accusant la rétention de la liqueur séminale, la stérilité en la continence, recommandent le mariage et, certains d'entre eux, un bandage appliqué sur les hypocondres pour entraîner la fixation de l'utérus et la compression des ovaires.

PINEL, au début du dix-neuvième siècle, retient comme causes : les lectures lascives, une sensibilité extrême de l'utérus, une affection dartreuse sur les organes génitaux, l'abus des plaisirs vénériens, la privation des plaisirs de l'amour après en avoir longtemps joui, la continence austère. Il recommande donc le mariage, mais aussi des règles hygiéno-diététiques : régime fortifiant, vie active, exercices dans une atmosphère sèche et chaude, une nourriture végétale.

DUBOIS d'Amiens, un peu plus tard, ébauche une synthèse de théorie utérine et cérébrale. C'est "l'excitation nerveuse de la matrice qui réagit sympathiquement sur l'axe cérébro-rachidien".

Toutefois, si certaines étiologies retenues par lui ne nous étonnent pas, telles la continence, les passions, l'excès de masturbation, la suppression des règles, on est assez étonné de voir citer d'autres causes comme l'imagination, l'expatriation, les formes de gouvernement, les constitutions atmosphériques, dont on imagine très difficilement le mode d'excitation nerveuse de la matrice.

LOUYER-VILLERMAY, HOFFMAN, BROUSSAIS adopteront une opinion à peu près semblable.

Avec CHARCOT et l'Ecole de la Salpêtrière, si l'utérus n'est plus la cause déterminante, il ne garde pas moins un rôle prépondérant. Si PITRES écrit : "Les excitations génitales et le dévergondage des moeurs ne paraissent donc pas jouer dans l'hystérie le rôle prépondérant que leur attribuent encore au-

jourd'hui les gens du monde", la région ovarienne reste quand même le siège du premier noeud de l'aura, l'une des zones hystérogènes les plus larges et les plus fréquentes ; et sa compression fait partie des moyens sûrs de thérapeutique de la crise, ainsi que de certains stigmates.

La compression des ovaires, qui avait été employée par les anciens auteurs, a été remise à l'honneur avec CHARCOT qui déclare :

"La meilleure condition, pour une démonstration parfaite des effets de la compression ovarienne, en pareil cas, est que la malade soit étendue horizontalement sur le sol ou, si cela est possible, sur un matelas, dans le décubitus dorsal.

"Le médecin, alors, ayant un genou en terre, plonge le poing fermé dans celle des fosses iliaques que l'observation antérieure lui aura démontré être le siège habituel de la douleur ovarienne".

C'est ainsi qu'un "compresseur des ovaires" a été fabriqué sous l'impulsion de CHARCOT et expérimenté dans son service, les malades augmentant ou diminuant elles-mêmes la pression, suivant qu'elles se sentaient plus ou moins menacées d'une attaque.

La compression ovarienne entraînait non seulement la sédation de la crise, mais également sa prévention, ainsi que la levée du mutisme hystérique (CHARCOT, PITRES, RICHER, BOURNEVILLE, AXENFELD). Les mêmes effets étaient obtenus, chez l'homme, par la compression des testicules.

La responsabilité de l'ovaire dans la genèse de l'hystérie amènera même certains auteurs à préconiser l'ovariotomie !

Avec FREUD et les psychanalystes, si l'ovaire n'est plus le siège physique ou neuro-physiologique de l'hystérie, il ne joue pas moins un rôle important quoique indirect. Ce sont les éléments pénibles de nature sexuelle qui, chassés de la conscience et refoulés dans l'inconscient, déterminent la majorité

des symptômes hystériques, sinon d'ailleurs tous les symptômes.

L'analyste va donc chercher avec le malade, dans les profondeurs de l'inconscient, l'expérience douloureuse refoulée, afin de la mettre au grand jour de la conscience et l'éliminer. L'analyste prend donc une figure moderne de "Grand Sorcier" ou d'"Exorciseur", retrouvant ainsi l'atmosphère de mystère qui a toujours attiré l'hystérique, au cours des âges.

LA THÉORIE RELIGIEUSE

C'est bien plus une théorie démoniaque que religieuse, car le plus souvent c'est le mauvais esprit qu'on accuse de posséder la victime, soit qu'elle l'ait recherché par la pratique de sorcellerie ou d'un autre commerce avec le diable, soit que le mauvais sort et la fatalité s'abattent sur cette victime.

Ces possessions sont en rapport avec les croyances religieuses de la société et de l'époque. Suivant le cas, ce sera le sorcier ou l'exorciseur qui libérera la victime des griffes de son possesseur.

Il y a évidemment des manifestations hystériques qui ont des thèmes purement religieux et dont l'étiologie est, semble-t-il, la possession divine ; mais, dans ces cas, les tentatives thérapeutiques sont refusées, sinon jugées totalement inutiles ou simplement non avenues.

LA THÉORIE NERVEUSE

C'est vers 1618 que Charles LEPOIS incrimine les nerfs et le cerveau dans l'étiologie de l'hystérie. Une sérosité épanchée dans le cerveau comprimerait l'origine des nerfs, entraînant ainsi les troubles.

WILLIS, POMME, GEORGET, BICHAT seront partisans de l'étiologie nerveuse.

Avec HOFFMAN, LOUYER-VILLERMAY, DUBOIS d'Amiens, FOVILLE, c'est à l'excitation du système nerveux utérin qu'on attribue l'origine des troubles.

LES THEORIES NEURO-PSYCHIQUES

Vers la fin du dix-neuvième siècle et au début du vingtième, sous l'impulsion de CHARCOT, BERNHEIM, BABINSKI, Pierre JANET, l'hystérie est considérée comme une maladie neuro-psychique dont les causes déterminantes sont différemment appréciées suivant les écoles. C'est ainsi que l'on se mit à discuter des responsabilités de l'hérédité nerveuse, de l'émotion, de la suggestion, de la simulation, du traumatisme.

= L'hérédité joue un rôle capital, pour CHARCOT et ses élèves. C'est ainsi que PITRES écrit : "De toutes les causes prédisposant à l'hystérie, l'hérédité est la plus commune et probablement aussi la plus efficace" ; et encore : "Les hystériques vrais sont hystériques avant de présenter les accidents éclatants de la névrose, et ils restent hystériques après que ces accidents ont disparu. En réalité, on naît hystérique, on ne le devient pas. L'hérédité crée la diathèse ; les causes occasionnelles ne font que provoquer l'apparition des accidents".

BERNHEIM et BABINSKI n'accordent pas à l'hérédité une telle valeur.

= L'émotion, présentée par CHARCOT comme une cause importante dans la détermination de la crise et des stigmates, n'est retenue par BERNHEIM que pour la crise qu'il considère comme une "réaction psychodynamique d'origine émotive".

Quant à BABINSKI, il lui conteste totalement tout rôle déterminant. Aussi, la phase de latence que

CHARCOT avait dénommée phase de méditation, et qui séparait l'émotion de l'apparition des premiers stigmates, la qualifie-t-il de phase de préméditation, montrant par là le caractère suspect qu'il lui associe. Il fait des enquêtes sur des accidents de chemin de fer, des tremblements de terre, interroge les garçons d'amphithéâtres; jamais, dit-il, on ne trouve l'émotion à l'origine de l'hystérie. "L'émotion seule, quelle que soit son intensité, n'engendre pas de troubles hystériques. ... Quand une émotion sincère, profonde, secoue l'âme humaine, il n'y a pas de place pour l'hystérie".

Cependant, l'étiologie émotive survivra aux accusations de BABINSKI, se renforcera même.

Ainsi, DEJERINE considère que l'émotion-choc exerce une action déterminante. CLAUDE soutient que l'individu le mieux constitué est susceptible de faire la plus caractérisée des crises hystériques, sous le seul effet de l'émotion. André THOMAS, CESTAN et VERGER, Claude VINCENT défendront les mêmes idées, accordant la place prépondérante à l'émotion, non pas à son intensité, mais à son caractère imprévu.

= La suggestion, voilà, selon BERNHEIM et BABINSKI, la grande cause de l'hystérie. Ils affirment tous les deux que la grande crise, avec ses quatre périodes, telle qu'elle est décrite par CHARCOT, n'est que le produit de la suggestion. Il en est de même des stigmates, et surtout de l'hémianesthésie hystérique, ainsi que des phénomènes hypnotiques si souvent observés chez les hystériques de la Salpêtrière.

BERNHEIM trouve d'ailleurs quelque chose de profitable dans la suggestion, dont il propose l'application systématique et raisonnée au traitement des malades. "La suggestion guérit souvent, dit-il, soulage lorsqu'elle ne guérit pas, est inoffensive lorsqu'elle ne peut soulager". Il assure d'ailleurs que cette pratique est devenue usuelle dans son service, de telle sorte que les internes, et même les soeurs, arrêtent par suggestion les cri-

ses hystériques qui débutent dans son service.

BABINSKI retient comme critère du caractère hystérique d'un phénomène le fait qu'il apparaît sous l'effet de la suggestion, et disparaît complètement sous l'influence de la contre-suggestion ou de la persuasion.

Point n'est besoin d'ajouter que, pour l'Ecole de la Salpêtrière, la suggestion ne joue qu'un rôle limité !

BABINSKI et BERNHEIM distinguent deux types de suggestion. L'autosuggestion, venant du malade lui-même, qui, pensant avoir un trouble au niveau d'un certain organe, détermine l'éclosion de ce trouble. Dans ce cas, comme le souligne André THOMAS, l'imitation joue très souvent un rôle de premier ordre. L'hétéro-suggestion vient d'autrui, et souvent du médecin examinateur lui-même, qui, en interrogeant le malade et en l'examinant, détermine l'apparition des troubles. C'est ainsi, expliquent-ils, que du fait de comparer la sensibilité à droite et à gauche, la suggestion naît, chez le malade, d'une différence entre les deux côtés, donnant si souvent le tableau de l'hémi-anesthésie hystérique.

= La simulation. Là se trouve le grand problème.

Certains auteurs ont tout simplement qualifié les hystériques de simulateurs. Les travaux de BABINSKI et FROMENT y incitaient d'ailleurs, en montrant que la majorité des signes attribués à l'hystérie n'étaient que supercheries ou résultats de suggestion. BABINSKI ressentait bien ce malaise. Aussi écrit-il, en 1917 :"Beaucoup de ces sujets sont sincères et ne peuvent être considérés comme des simulateurs, mais je dois avouer que cette idée est fondée sur des arguments d'ordre moral et ne saurait être démontrée avec la rigueur scientifique qu'on peut apporter dans l'étude des affections organiques". "Il faut avouer qu'il est impossible, dans chaque cas particulier, de déterminer avec certitude le degré de sincé-

rité du sujet".

Après avoir étudié les aspects de l'hystérie et de l'hypnotisme, rappelé que les sujets croient à leurs symptômes, mais que "leur sincérité connaît des limites", il déclare : "Tout cela rapproche l'hystérie de la simulation, et j'ai l'habitude de dire que l'hystérique est en quelque sorte un demi-simulateur".

Comme argument de sincérité, il cite le désir de guérir, les sentiments de joie et de reconnaissance manifestés durablement après la guérison ; arguments d'ordre exclusivement moral auxquels on est étonné de voir recourir un esprit scientifique et rigoureux tel que BABINSKI.

D'autres auteurs ont parlé de simulateurs inconscients ; mais, comme le fait remarquer André THOMAS, l'association de ces deux mots est paradoxale, car le mot simulation implique l'intention de tromper.

Faudrait-il dire que l'hystérique n'est pas un simulateur, mais que c'est l'hystérie qui est, selon le mot de LASEGUE, "la grande simulatrice" ?

= Le traumatisme a été reconnu par CHARCOT comme une cause de l'hystérie, donnant naissance même à une forme particulière : l'hystéro-traumatisme. Les guerres mondiales ont fait poser le problème d'une manière aiguë, ainsi d'ailleurs que les accidents de travail et autres accidents entraînant le versement d'une rente ou d'une indemnité.

Certains y ont vu l'effet de l'émotion, d'autres l'appât du gain. Mais on peut distinguer au moins deux catégories distinctes, chez les individus atteints de sinistrose : les revendicateurs, qui cherchent à tirer profit ; et ceux qui ne demandent rien, mais souffrent continuellement de troubles hystériques qui les handicapent fortement.

Que proposait-on comme thérapeutique au début du vingtième siècle ? Il y avait bien un arsenal thé-

rapeutique, comprenant non seulement la compression de l'ovaire, comme nous l'avons déjà vu, mais également : l'hydrothérapie, la métallothérapie, l'application des aimants, l'électricité, l'hypnotisme, la suggestion, la psychothérapie, l'isolement, les calmants et les excitants.

- L'hydrothérapie se composait de douches et de bains, chauds, tièdes ou froids ; on utilisait l'électricité statique ; une utilisation vigoureuse de l'électricité consistait à provoquer une décharge électrique brutale sur le sujet qui ne s'y attendait pas.

- La métallothérapie interne consistait en l'absorption de sels de métaux. La métallothérapie externe paraissait plus élaborée. Ecoutons un peu la fin d'une observation de BOURNEVILLE et d'OLLIER: "On applique un bracelet formé de plaques de cuivre sur la jambe droite au niveau du mollet et un second bracelet formé de plaques de zinc sur l'avant-bras droit. Au bout d'un quart d'heure d'application, la sensibilité revient dans toute l'étendue du côté droit, mais inégalement... Le transfert est resté incomplet".

- On reste un peu médusé devant l'efficacité de tels traitements, mais BERNHEIM ne dit-il pas que toutes les guérisons obtenues par ces traitements ne sont que le résultat de la suggestion ? Ajouter à cela l'opinion de BABINSKI, affirmant que toutes les manifestations hystériques sont conditionnées par la suggestion, et l'on englobera la guérison elle-même parmi les manifestations de l'hystérie.

- Reste à parler de l'hypnotisme et de ses rapports avec l'hystérie.

Si, pour CHARCOT et son école, tout hystérique est hypnotisable, car c'est un caractère propre à l'hystérie, pour BABINSKI, ce n'est que supercherie. BERNHEIM considère le sommeil hypnotique comme le résultat de la suggestion, et, comme CHARCOT, l'utilise

à des fins thérapeutiques. D'ailleurs, BERNHEIM n'a-t-il pas fait connaissance avec l'hypnotisme à l'occasion d'une sciatique dont il n'arrivait pas à bout, et que LIEBAULT guérit par ce moyen ? Il ne se contentera pas d'en faire la thérapeutique de la seule hystérie, comme le faisait CHARCOT, mais il en étendra l'indication à tout ce qui résiste aux thérapeutiques habituelles.

L'hypnotisme connut un tel essor que l'on retrouve même SHERLOK HOLMES en train de faire une enquête dans un village où un médecin hypnotise des enfants lors des examens scolaires, pour qu'ils écrivent la nuit, dans le bourg, le nom de sa prochaine victime.

Cependant, si la littérature merveilleuse s'est emparée de l'hypnotisme comme d'un fait relativement facile, on voit les élèves mêmes de CHARCOT essuyer des échecs. BOURNEVILLE écrit : "Diverses tentatives ont été faites pour produire le sommeil hypnotique par fixation du regard ; mais, malgré une grande persistance dans la durée des expériences, toutes sont restées infructueuses".

Il faut en rapprocher l'expérience de Sigmund FREUD. "Dès que j'essayai de pratiquer cet art sur mes propres malades, je remarquai que d'étroites limites bornaient, tout au moins en ce qui me concernait, le champ de mon action et que lorsqu'un patient ne s'endormait pas au bout d'une à trois tentatives, je ne possédais aucun moyen de le rendre somnambule ; le pourcentage des somnambules m'apparaissait bien plus faible que celui indiqué par BERNHEIM".

BABINSKI, qui connaissait bien les grands hypnotisés de la Salpêtrière, assure qu'il suffisait qu'un jour une remarque les blessât, pour qu'ils deviennent résistants.

Le sommeil hypnotique et la guérison qu'il entraînait n'auraient donc été que de simples manifestations de l'hystérie elle-même.

- Dans la psychothérapie, un élement semble devoir retenir l'attention pour son efficacité habituelle, c'est l'isolement. Préconisé par CHARCOT, il prendra un grand essor par la suite, faisant partie actuellement de nos moyens thérapeutiques.

On en voit déjà les applications quand, au cours des épidémies d'hystérie, les médecins avaient dispersé les malades, fermant certains couvents. L'intimidation a souvent été associée à l'isolement, mettant ainsi un terme aux manifestations.

André THOMAS rappelle qu'à propos d'une petite épidémie de crises hystériques survenue en 1780 à l'église Saint-Roch, douze jeunes filles ayant été atteintes, il fallut envoyer chaque enfant chez ses parents pour qu'en trois semaines soit terminée l'épidémie et que tous les enfants soient guéris.

Mais peut-on parler vraiment de guérison par l'isolement, même associé à l'intimidation ? Ne s'agit-il pas seulement d'un arrêt des manifestations, l'hystérique ayant besoin de témoins attentifs pour étaler sa maladie ?

LA THEORIE PSYCHOLOGIQUE

On en voit déjà l'ébauche avec la part que font certains auteurs aux causes morales, à l'éducation mal dirigée, à la lecture des romans. Mais c'est avec Pierre JANET et FREUD que les causes psychologiques deviennent prédominantes et sont étudiées d'une manière scientifique.

Pierre JANET fait de l'hystérie une maladie par faiblesse, par épuisement cérébral. FREUD constate bien ces faits chez l'hystérique, mais pour lui ce sont des conséquences, la vraie raison étant le refoulement vers l'inconscient des expériences pénibles, surtout de nature sexuelle.

La conséquence des conceptions de JANET sera

la psychothérapie, tandis qu'avec FREUD ce sera la psychanalyse.

Mais s'il existe, dans certains cas, une cause organique, entraînant par des voies complexes des manifestations hystériques, que pourront y faire la psychothérapie et la psychanalyse ?

CARACTÈRE HYSTÉRIQUE

C'est un élément dont l'importance a été de plus en plus mise en valeur. PINEL semble être l'un des premiers, vers 1813, à avoir insisté sur ce fait: "Le tempérament du malade doit surtout être pris en considération".

AXENFELD, en 1863, consacre un long chapitre de son Traité des Névroses aux caractères, moeurs, état mental de l'hystérique, trouvant qu'aucun auteur avant lui "n'insiste d'une façon particulière sur l'état des facultés mentales et affectives, ne montre l'hystérique au point de vue moral et intellectuel, avec les tendances et les traits parfois si saillants de son caractère". Parmi ces traits saillants, il note : l'inconstance, le caractère enfantin, l'esprit de dénonciation, de contradiction, de controverse, d'opposition ; la duplicité, le mensonge et la simulation ; les idées fixes, les idées hypocondriaques, la manie des médicaments ; les tendances aux plaisirs sexuels ; leur résistance à la guérison ; l'indécision. "Ils ne savent pas, ne peuvent pas, ne veulent pas vouloir".

Il faut reconnaître que, même de nos jours, l'hystérique n'a pas bonne presse, et que le nombre de ses défauts de caractère ne fait qu'augmenter avec les descriptions. DIDE ne dit-il pas : "Un rien de malignité permettrait de découvrir chez la première femme comme une ébauche de psychologie hystérique" ? Et pourtant, n'est-ce pas le terrain idéal pour les recherches et les spéculations psychologiques ? C'est l'observation et le traitement d'une hystérique qui

orientèrent BREUER et FREUD vers la psychanalyse.

Un des premiers caractères, c'est que l'hystérie est surtout une maladie féminine. Mais, comme le dit LEGRAND DU SAULE, ce serait une erreur de croire que l'hystérie soit propre à la femme !

Presque tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que l'hystérique a besoin de témoins pour faire sa crise ; il lui faut l'attention d'un cercle de spectateurs pour mettre en valeur ses manifestations. Si son public se lasse, il en cherche un autre. Il faut que le monde s'arrête pour admirer ses démonstrations. C'est à cause de cela que l'hystérique est accusé de théâtralisme, de mythomanie, de simulation, d'égoïsme, d'égocentrisme.

La mythomanie qui, quand elle n'arrive plus à attirer l'attention sur l'hystérique, passe à l'invention de mensonges et de calomnies, comme par un esprit de vengeance, a fait définir l'hystérie, par DUPRE et LOGRE : "La mythomanie des syndromes".

La suggestibilité, avec ses diverses modalités, plasticité, impressionnabilité, semble être un trait de caractère ayant frappé bien des auteurs. BERNHEIM et BABINSKI mettaient d'ailleurs bon nombre de manifestations sur le compte de cette suggestibilité. Mais un fait est assez remarquable : l'hystérique semble suggestible après avoir donné son adhésion. Ainsi, il se laissera hypnotiser pour prouver qu'il est malade et de bonne foi ; mais il suffit qu'il soit vexé, comme le fait remarquer BABINSKI, pour qu'il ne se prête plus à la suggestion. Y a-t-il chez lui une auto-suggestion ? Cela ne fait pas de doute, car, s'il est acteur, il est aussi son premier spectateur et critique favorable.

L'arriération mentale et affective a été diversement appréciée. Toutefois, pour FREUD, ce ne sont pas des traits distinctifs ; il a rencontré des hystériques très intelligentes et affectivement matures.

L'ardeur sexuelle, la recherche des plaisirs vénériens ont été depuis longtemps retenues comme causes ou comme traits caractéristiques de l'hystérique, surtout de la femme hystérique. C'est surtout sous cet aspect que la conception populaire la voit. Cependant, on voit des hystériques frigides, et l'on a pu constater que nombre de femmes hystériques, lorsqu'elles sont certaines d'avoir conquis leur partenaire, s'échappent, comme si, leur plaisir étant à son comble, il ne faut pas le détériorer. Coquetterie bien plus qu'ardeur sexuelle, désir de plaire et de conquérir, satisfaction d'avoir un auditoire de l'autre sexe qui l'applaudisse, l'encense, c'est certainement là le réel aspect de la sexualité hystérique.

La résistance à la guérison a également frappé certains ateurs, de telle sorte qu'André THOMAS a pû écrire : "Il y a quelque chose d'égal à leur maladie, c'est la volonté de ne pas guérir, c'est la manie de la résistance". L'hystérique guérit d'un symptôme, pour magnifier un autre.

M. KLIPPEL et M.P. WEIL écrivent que les hystériques sont particulièrement prédisposés à des troubles sympathiques ou vaso-moteurs, de telle sorte que surviennent facilement chez eux des crises de tachycardie, de tachypnée, de palpitations, d'oppression, de rougeur ou de cyanose des extrémités. C'est le tableau de la dystonie neuro-végétative. Mais comment surviennent ces crises, et par quoi sont-elles déterminées ?

La description du caractère hystérique est une longue succession de qualificatifs qui cherche à cerner un amalgame d'aspects intarissables. Voilà ce qu'en dit Henri SAUGUET :

"Le caractère hystérique, beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme, comporte des traits qui le rendent particulièrement reconnaissable.

"L'hystérique est un être "nerveux", impressionnable, hyperémotif, aux réactions vives, riche en

manifestations vaso-motrices, sujet aux "syncopes", aux "crises de nerfs"; menteur, impudique, vaniteux, coquet, il l'est d'une façon qui lui est particulière, caricaturale, exhibitionniste, parce qu'il mobilise involontairement ses tendances instinctuelles en bloc en surenchérissant jusqu'à les faire paraître monstrueuses. Capricieux, instable, fantasque, romanesque, curieux du mystère, du miracle, de l'illusion, il s'évade de la réalité dans le rêve, la fiction, la littérature, le théâtre. Il est attiré par le mensonge, la mystification, la dramatisation excessive, tapageuse, parfois outrancière des sentiments. Souvent, il est la première victime de cette débauche d'imagination, de cette exubérance dramatique...

"Le malade tend à érotiser les rapports ordinaires ; il est suggestible, présente des accès émotifs irrationnels et parfois une conduite chaotique ; il est cabotin et manifeste un goût pour la dramatisation, le mensonge. L'énergie sexuelle déplacée envahit toute la conduite : la démarche souple, féline, la gestualité, la mimique, le regard, la parole expriment avec évidence la quête sexuelle. La coquetterie, certains comportements "hystériques" chez la femme, le regard séducteur, le sourire enjôleur, le geste doux et souple chez l'homme sont particulièrement significatifs de cette provocation".

Ce serait tout juste assez pour condamner l'hystérique sans appel, si ce n'était lui-même la première victime de toutes ces distorsions morales.

Comment peut-on accumuler tant de défauts ? Ne sont-ils pas vus en fonction même du caractère de l'observateur ? Peut-on devenir occasionnellement hystérique ? On ne peut s'empêcher de penser à l'assertion de PITRES : "On naît hystérique, on ne le devient pas". Il faut un élément prédisposant pour servir de trame à l'épanouissement de tant de travers.

E S S A I D E M I S E A U P O I N T

Qu'est devenue actuellement l'hystérie ? Pourquoi a-t-elle fait une éclipse de trente années, comme le font remarquer SCHNEIDER et ASSAL, au Congrès de Psychiatrie de Lausanne de 1965 ? Comment se manifeste-t-elle le plus couramment de nos jours, et quelles sont les causes le plus souvent retenues ?

Etudiant les manifestations de l'hystérie dans les diverses civilisations et à travers les âges, M. KLIPPEL et M.P. WEIL concluent qu'il existe "une fixité et une identité des symptômes cardinaux de l'hystérie, en sorte que cette maladie peut être définie par sa manifestation la plus importante, sans qu'on puisse incriminer un soi-disant modèle, que le sujet imiterait"..

Selon P. MOURON, "on ne voit plus, à l'heure actuelle, de grandes crises spectaculaires, mais plutôt des états crépusculaires centrés sur une idée fixe ou une amnésie, la plupart des manifestations intéressant le domaine de la vie de relation".

Au Congrès de Lausanne, les signes cités comme les plus habituels sont : l'atasie-abasie, l'anesthésie, les troubles du langage et surtout l'aphonie, les troubles sensoriels avec baisse de l'acuité visuelle ou auditive, l'amnésie généralement utilitaire, une psychose très artificielle simulant parfois jusqu'à la démence, des tentatives de suicide avec grande mise en scène. "Tous les aspects cliniques peuvent se voir : syncopes, évanouissements, crises vertigineuses, crises de nerfs, crises tétaniformes, crises avec con-

tracture et arc de cercle, crises convulsives". (LAMPERIERE, PERSE et ENRIQUEZ).

Ainsi, la majorité des troubles qui ont été classés parmi les "fonctionnels" se retrouvent encore. Quelle est la signification de ces troubles ? Selon PITRES, le premier des caractères des troubles hystériques est qu'ils "sont la conséquence des troubles purement fonctionnels du système nerveux". Mais, selon BARUK, cette confusion est néfaste, "car syndrome fonctionnel veut dire l'atteinte seulement plus légère des centres et des voies du système nerveux qui sont lésés dans les affections organiques, tandis que l'atteinte hystérique ou psychique signifie une atteinte diffuse et générale de la personnalité entière psychosomatique, c'est-à-dire un trouble psychobiologique général et non plus un trouble spécialement de l'architecture du système nerveux lui-même". Mais si cette différence semble satisfaisante à l'esprit, comment la faire du point de vue pratique ? N'est-on pas obligé de faire couramment la confusion, si les signes fonctionnels ne sont pas supportés par des lésions décelables ou des épreuves interprétables ? Ainsi, même en admettant cette distinction théorique, on est obligé d'admettre, dans la pratique, cette assimilation, à la suite de LOGRE et H. EY. Ceci nous laisse simplement penser qu'un trouble de ce genre doit nous faire garder une arrière-pensée pour la lésion organique, sujet de cette thèse.

Ces manifestations ne seraient donc qu'un mode d'expression de l'organisme. Comme le dit Henri EY en parlant d'ALEXANDER : "Alexander a séparé complètement les domaines de l'hystérie et des affections psychosomatiques ; l'hystérie appartient à la pathologie de l'expression volontaire dont les muscles striés qui permettent la "vie de relation" sont les organes...". P. MOURON déclare également que les maladies organiques et fonctionnelles utilisent dans leur expression les mêmes voies et les mêmes centres. C'est également l'opinion de CLAUDE : "C'est une nécessité physique, pour certains organismes bouleversés par un état dynamique tellement exalté de leur système nerveux, qu'une

dépense d'énergie mécanique devient une dérivation utile".

Pourquoi l'hystérie se cantonne-t-elle, actuellement, uniquement dans ces troubles dits fonctionnels ? Est-ce une intimidation résultant des attaques de BABINSKI, le résultat de notre culture moderne, l'obligation de reculer et de fuir devant les acquisitions médicales et neurologiques précises de notre temps ? Est-ce surtout à cause de la psychanalyse qui, selon BARUK, entraîne un retour de la culture des névroses ? La vulgarisation des idées psychanalytiques n'entraîne-t-elle pas une nouvelle vague de suggestion, chez les malades hystériques ? On pourrait croire qu'il existe un cercle vicieux passant par l'observateur et l'hystérique. L'un et l'autre s'observent attentivement, et leurs déductions et leurs comportements dépendent de ce qu'ils ont cru déduire de la conduite de l'interlocuteur. L'hystérique réagirait, actuellement, selon les modalités que l'on décrit dans la presse quotidienne, dans la littérature, au théâtre, au cinéma. Puisque le psychanalyste explique tout, le dit et l'écrit, il risque bien de devenir victime de ses explications, car l'hystérique ne demande qu'à lui plaire.

Hier, c'étaient l'anesthésie, la paralysie, la crise en quatre périodes, le somnambulisme ; aujourd'hui, ce sont les troubles fonctionnels ; demain, ce seront d'autres choses ; mais l'hystérique aura toujours besoin de son corps pour traduire ce qui se passe dans les profondeurs de son être.

Si une cause psychique, psychologique, psychosomatique peut conduire l'organisme dans un état tel, qu'il soit obligé de manifester son malaise par des manifestations hystériques, une cause organique peut également être à l'origine d'un tel état.

o o

CAUSES ORGANIQUES DE L'HYSTÉRIE, CAUSES BIOLOGIQUES

CESTAN et VERGER parlaient déjà d'une hystérie organique en 1919, constituée par la superposition de manifestations hystériques à une maladie organique. Ils insistaient d'ailleurs sur le fait qu'il "faudra toujours songer à la possibilité d'une maladie organique jouant le rôle de cause occasionnelle et la rechercher avec soin".

Nombre de maladies organiques déjà diagnostiquées présentent des manifestations hystériques à une période de leur évolution. Il en est de même de l'épilepsie, qui peut se surcharger de crises ou de manifestations hystériques.

Mais un certain nombre d'altérations organiques ou biologiques méconnues peuvent se révéler par des signes hystériques. Ce peut être une tumeur du cerveau, une affection neurologique, une intoxication, une encéphalopathie hypoglycémique, sans parler des affections dites psychosomatiques.

H. HECAEN et J. DE AJURIAGUERRA, dans une étude faite dans le service du Professeur M. DAVID, sur 439 observations de tumeurs cérébrales, déclarent, à propos des tumeurs frontales :

"Nous voulons surtout insister sur un aspect qui nous a paru intéressant : la présence de manifestations hystériques ou hystéroïdes. Dans trois cas, ces troubles restaient mineurs et se manifestaient par des troubles passagers du comportement, auxquels s'ajoutaient, dans un cas, à l'examen, des troubles hystériques de la sensibilité. Mais, chez une de nos malades, ils prirent une particulière importance et cédèrent remarquablement à la faradisation.

"Cette malade, Leg... Perrine (Méningiome sous-frontal gauche), qui avait auparavant présenté des céphalées, une paralysie de la IIIe paire et une

baisse de la vue pour lesquelles une ventriculographie avait été pratiquée où s'était révélée négative, se mit plus tard à marcher d'une façon curieuse, les jambes bloquées en demi-flexion ; vers la même époque, elle présenta des troubles du comportement de type hystérique avec extraordinaire labilité émotionnelle et réactions fantasques excessives. Elle conserva de façon permanente l'attitude vicieuse des membres inférieurs. Cette attitude vicieuse paraissait absolument irréductible et toute tentative dans ce sens entraînait aussitôt une crise d'agitation avec hurlements. Une séance de faradisation fit disparaître complètement ces troubles".

Ils notent également des troubles hystériques à l'occasion de tumeurs pariétales, l'une d'entre elles ayant pour première manifestation une astasie-abasie apparue brusquement après un choc émotif, alors qu'aucune constatation neurologique ne pouvait faire suspecter l'existence de la tumeur. Ils en trouvent également dans les tumeurs occipitales, de la région mésodiencéphalique, sous-tentorielle.

Ces mêmes auteurs signalent des troubles hystériques au début de certaines encéphalites et névraxites : poliomyélite, sclérose en plaques, encéphalomyélites aiguës et subaiguës. Les tableaux sont d'autant plus troublants, disent-ils, que les troubles hystériques peuvent se présenter avant l'apparition des signes neurologiques.

M. H. WHITE rapporte que, sur 44 cas de tumeurs cérébrales, 9 ont présenté des troubles de la personnalité, sans qu'il s'agisse spécialement de troubles hystériques. E. KRAFT, N. FINBY et A. SCHILLINGER, pratiquant des radiographies systématiques du crâne, concluent que la fréquence des tumeurs cérébrales, estimée à 1 % dans la population générale, est de 3,5 % dans les milieux psychiatriques, de 5 % même si l'on tient compte des résultats des autopsies systématiques. REMINGTON et RUBERT ne retiennent que le chiffre de 0,2 % pour la fréquence des tumeurs céré-

brales, et, sur 34 cas, notent 5 cas de troubles du comportement et 3 cas de syndrome névrotique.

D'autres auteurs ont signalé des tumeurs cérébrales en ayant imposé pour un syndrome hystérique: SHERRER et LE BAS, J. TUSQUE, M. DAVID, H. HECAEN.

Les encéphalopathies hypoglycémiques ont également une large part dans la détermination de ces hystéries d'origine organique. Particulièrement étudiées par G. BOUDIN, A. LAURAS, R. LABET et M.C. CELERIER, elles sont également signalées par J. DELAY, A. LIEBERMAN, SOSA CASTELLANOS, et bien d'autres auteurs.

Etudiant la symptomatologie de l'hypoglycémie, D. LAPLANE écrit qu'elle peut réaliser un tableau pseudo-hystérique, tandis que M. PERRAULT note : "Bien souvent, cela ne ressemble à rien de précis" ; et M. DEROT : "Les syndromes neurologiques de l'hypoglycémie rappellent les manifestations pithiatiques".

G. BOUDIN, A. LAURAS et L. LABET, faisant, dans la Presse Médicale, une revue analytique de 37 cas, à propos d'une observation personnelle, concluent que : "Du point de vue clinique, l'extrême polymorphisme et l'atypie des manifestations neurologiques et psychiques, leur réversibilité et leur variabilité chez un même malade rendent compte des difficultés du diagnostic".

Dans une communication faite aux Journées annuelles de Diabétologie de 1965, G. BOUDIN rapporte plusieurs cas d'insulinomes du pancréas qui se sont révélés au début par des manifestations hystériques.

Dans un article, paru sous le titre : "L'hystérie dangereuse, ou le danger que peut représenter le comportement hystérique d'un malade dans l'équilibre de son colloque avec le médecin", BOUDIN, LAURAS et CELERIER analysent la situation, suivant qu'une maladie organique nouvelle apparaît chez un hystérique

connu, suivant qu'une maladie organique débute par des troubles du comportement, et c'est ce qui nous touche le plus près ici, suivant qu'un comportement hystérique s'associe à une encéphalopathie. Dans ce dernier cas également, si les signes neurologiques sont frustes, le problème est très difficile, qu'il s'agisse d'une sclérose en plaques, comme dans l'observation VII qu'ils rapportent, qu'il s'agisse d'un adénome langerhansien, comme dans l'observation VIII. "Dans de tels cas, disent-ils, il est légitime de se demander si la maladie organique, par les désordres encéphaliques qu'elle entraîne, n'est pas directement responsable du comportement hystérique".

La tétanie chronique constitutionnelle ou spasmophilie occupe une bonne place parmi les responsables de manifestations hystériques. Si KLOTZ a particulièrement étudié ce sujet, d'autres auteurs signalent également cette étiologie : DELAY, NAYRAC, PARIENTE, BERTRAND.

THIEBAULT et ses collaborateurs ont individualisé, outre les deux types classiques décrits par TROUSSEAU (l'acro-contracture et la crise convulsive généralisée), une troisième forme : la crise d'allure hystérique.

Th. ALAJOUANINE fait remarquer qu'il faut se méfier des crises d'acro-contracture à début brusque, sans paresthésie ni secousses fasciculaires, mais avec une symptomatologie de dystonie neuro-végétative, gémissements, pleurs, agitation, théâtralisme, où l'électromyogramme-garrot ne détecte jamais de potentiels répétitifs. Ces formes évoquent surtout l'hystérie.

Les travaux de KLOTZ et ses collaborateurs ont fait remarquer qu'il n'y a pas, dans ces cas, de baisse de la calcémie, ni même du calcium ionisé sanguin, mais une diminution du pool calcique par baisse sélective du calcium échangeable cellulaire, avec maintien relatif ou même élévation du calcium échan-

geable extra-cellulaire. De plus, la vitesse de renouvellement du calcium est ralentie, témoignant d'une certaine inertie métabolique.

On a également évoqué un déficit en magnésium, ce qui montre encore l'importance des troubles métaboliques.

Des syndromes hystériques ont été décrits dans bien d'autres affections organiques : DELAY en signale dans la porphyrie aiguë, l'imprégnation neuroleptique, la paralysie générale. BARUK affirme avoir constaté plusieurs fois, chez des sujets fatigués, un rétrécissement du champ visuel. Pierre MARIE a décrit une forme d'hystérie causée par l'intoxication au sulfure de carbone. FRASER signale que des troubles hystériques peuvent précéder longuement le diagnostic sanguin d'une anémie de Biermer.

O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION I

Elle nous a été aimablement fournie par Messieurs H. HECAEN et ANGELERGUES, que nous remercions vivement.

Monsieur A... Pierre consulte le Docteur HECAEN, le 3 Août 1953, pour des douleurs diverses ayant débuté au pied, se manifestant à la marche, cédant au repos. En outre :

- paresthésie de la région lombaire cessant brusquement ;
- engourdissement de la lèvre supérieure qui gagne les gencives et le palais ;
- au pied droit, il y a un léger oedème ;
- le malade se plaint également de picotement du bout de l'index et du pouce droits ;
- impression de striction du genou droit et de sensation de brûlure sur la cuisse droite, faces interne et externe ;
- apparition de douleur pendant 2 jours au genou gauche ;
- pas de céphalées ;
- pas de vertiges ;
- pas de baisse de la vue ;
- pas de difficulté de la concentration ;
- pas de troubles du sommeil ;
- hyperémotivité de toujours, pessimisme ;
- fond d'oeil normal ;
- radiographie du crâne normale.

Electro-encéphalogramme du 4 Août 1953 :

"Tracé irrégulier et pointu dans son ensemble, mais asymétrique.

"A droite : fréquence sensiblement normale.

"A gauche : anomalies thêta et parfois ondes amples isolées paroxystiques sur toutes les dérivations. Les perturbations se retrouvent au niveau du vertex.

"Stimulation lumineuse : réaction de recrutement avec clonies palpébrales".

Le 19 Août 1953, nouvel E.E.G. :

"Tracé différent du précédent et beaucoup plus anormal.

"A gauche, persistance alpha 7 à 8 c/s (au lieu de 9 à 10 c/s) sur les régions pariéto-occipitales. Pas d'alpha sur la région temporale qui montre des oscillations lentes et plates en permanence.

"A droite, disparition presque complète de tout alpha ; rythme lent, irrégulier, assez polymorphe, peu ample sur tout l'hémisphère, mais perturbé sur la région temporo-pariéto-occipitale.

"Réaction d'arrêt conservée.

"Stimulation lumineuse intermittente : disparition de la réaction de recrutement.

"Conclusion : Anomalies diffuses prédominant à droite principalement dans la moitié postérieure de l'hémisphère".

Les divers examens sanguins effectués sont normaux.

Comme antécédents, on note :

- rhumatisme articulaire à 20 ans,
- épisode dépressif léger en 1935 après surmenage.

Le malade est suivi dans le service par Monsieur HECAEN. Il fait l'objet de nombreuses discussions, mais l'examen neurologique ne révèle rien d'objectif, qu'un doute sur un éventuel signe de Babinski passager.

Trois ordres de symptômes sont retenus :

1°- une atasie-abasie massive interprétée comme hystérique,

2°- des raptus anxieux à expression dramatique,

3°- une attitude dolente avec des plaintes réitérées concernant des malaises divers, des douleurs mobiles et variables selon les moments.

On décida un torpillage et un essai eut lieu. Peu après celui-ci, sur le plan chronologique, apparut une évolution extrêmement rapide, et l'exitus eut lieu le 20 Août 1953.

A l'examen histologique fait par le Professeur AJURIAGUERRA, on notait :

"Plaques de démyélinisation siégeant surtout au niveau de la région cervicale et lombaire.

"Au niveau de la région cervicale, elle touche le cordon postérieur des deux côtés, et le latéral d'un seul côté ; la démyélinisation est complète à ce niveau.

"Au niveau de la région dorsale, il existe une démyélinisation du cordon postérieur, et au niveau de la région lombaire, du cordon postérieur et latéral. A tout ce niveau, on trouve dans cette région une riche infiltration lymphocytaire périvasculaire.

"L'infiltration n'épargne pas les cornes antérieures.

"On trouve une importante infiltration autour des méninges avec périvascularite intense. La vascularite est parfois très importante au niveau de la région sous-pie-mérienne.

"L'infiltration au niveau du bulbe est peu importante. On trouve, au niveau de l'hypoglosse, un vaisseau avec périvascularite. Dans les coupes que nous possédons, il n'existe pas de lésion importante du X.

"Pas de lésion protubérantielle visible.

"Au niveau de la région frontale, on ne trouve pas de plaque de sclérose.

"Nombreux coups de marteau dans la moelle".

En somme, il s'agit d'un malade qui, dans un milieu de neurologues avertis, avait été suivi et avait fait l'objet de nombreuses discussions.

L'allure générale des symptômes et le comportement du sujet en imposaient pour le diagnostic d'hystérie qui était l'expression d'une sclérose multiloculaire.

OBSERVATION II

Madame A... Lorette, est envoyée dans le service le 5 Août 1943 pour troubles névropathiques à type de céphalées et de vomissements ; une ponction lombaire faite peu de temps auparavant n'a rien montré d'anormal.

On apprend que, depuis le mois de Février, elle a des insomnies et des céphalées qui n'ont pas entraîné d'arrêt de travail.

Le 21 Juin, céphalées plus violentes, impression de striction, arrêt de travail. Amélioration sous l'effet de médications calmantes.

Ensuite, nouvelle crise : céphalées très violentes, vomissements, vertiges, chute sans perte de connaissance. Hospitalisation ; amélioration complète de son état ; ponction lombaire négative. Au bout de 12 jours, elle rentre chez elle, sans aucun symptôme.

Mais six jours après, réapparition des céphalées et vomissements ; accès de hoquet de 9 heures du soir à 7 heures du matin. Crises convulsives sans perte de connaissance, que son médecin traitant qualifie de simple crise d'énervement, pour y avoir assisté lui-même.

A l'examen, la malade se présente sur un ton dolent, gémit, se plaint de céphalées et de vomisse-

ments de bile avec efforts. Pas de vomissements alimentaires. Pas de fièvre. Evolution depuis 8 jours.

- Marche légèrement titubante, déviation légère à droite (les yeux ouverts ou fermés) ;
- L'examen neurologique est absolument normal, à l'exception d'une anesthésie pharyngée absolue ;
- L'examen organique est également normal, sinon une impression d'étouffement dont la malade se plaint ;
- Pas de signe cérébelleux ni extra-pyramidal;
- Pas de ralentissement du pouls ;
- Fond d'oeil normal.

La malade est traitée par persuasion et cholagogues qui amènent une disparition rapide et totale de ses troubles.

Le 12 Août, réapparition des céphalées, vomissements biliaires, du hoquet qui dure toute la nuit.

Deux ponctions lombaires, faites le 13 Août et le 2 Septembre, ne montrent aucune anomalie.

Les troubles persistent, avec amélioration en rapport, semble-t-il, avec l'humeur de la malade ou d'autres facteurs comme un abcès de fixation ou le changement de médication.

Le 2 Octobre 1943, un nouvel examen met en évidence un léger déficit moteur à droite, aux épreuves de Barré et Mingazzini.

La malade est envoyée au service de Neurochirurgie de l'Hôpital Sainte-Anne, pour examens complémentaires, car le fond d'oeil montre un début de stase papillaire.

La symptomatologie se confirme d'un syndrome d'hypertension intra-crânienne, avec stase papillaire, signes cérébelleux, thermo-hypoesthésie au membre supérieur gauche.

La ventriculographie montre l'existence d'une dilatation ventriculaire avec amputation haute de l'aqueduc de Sylvius.

Le 18 Décembre 1943, le Docteur PUECH, pensant que cette lésion du tronc cérébral était inextirpable et d'une très grande gravité, a pratiqué un drainage ventriculaire par ouverture de la lame sous-optique, avant de confier la malade à la radiothérapie.

OBSERVATION III

Mme L... Yvonne est suivie depuis assez longtemps par son médecin traitant, pour des céphalées rebelles à tout traitement, ayant un rythme voisin de celui des règles. Elle est anxieuse, s'emporte facilement, a toujours été coléreuse. Elle se plaint de troubles divers et mobiles : vertiges, asthénie, manque d'appétit, palpitations, fourmillements dans les mains, insomnies, s'inquiète de la réduction d'abondance de son flux menstruel, et de ses légères irrégularités.

Elle a 48 ans, a toujours été bien réglée, a deux enfants bien portants, n'a jamais fait de fausse-couche.

Son état dure depuis quelques années, mais s'est renforcé depuis un an environ, ce qui fait penser à une hyperfolliculinie probable, la malade étant à l'approche de la ménopause. Le traitement hormonal n'apporte aucune amélioration. Les examens ne sont pas éloquents.

Le 18 Octobre, devant l'accentuation des symptômes, l'apparition de céphalées et de vomissements, l'affaiblissement de l'état général en rapport avec le manque d'appétit, et surtout la manifestation d'une "crise" rapportée par le mari, elle est hospitalisée.

L'examen neurologique est sensiblement normal, de même que le bilan général de routine. La malade accuse une diminution de la vue du côté gauche.

Le fond d'oeil fait par l'ophtalmologiste consultant de l'hôpital révèle :

- à gauche, présence d'une grosse tache hémorragique et d'un léger oedème,
- à droite, disparition de la papille.

Le 24 Octobre, l'examen neurologique ne révèle rien de très objectif, sinon une légère déficience du facial gauche et une tendance à tomber à gauche à l'épreuve de Romberg sensibilisée.

Un nouveau fond d'oeil confirme la stase papillaire.

Le 27 Octobre, devant la progression du tableau clinique, la malade est envoyée au service de Neuro-chirurgie du Professeur DAVID et, le 11 Décembre, l'intervention est faite par le Docteur TALAIRACH, confirmant le diagnostic de tumeur cérébrale de la fosse postérieure, à type de méningiome de l'angle ponto-cérébelleux droit.

OBSERVATION IV

Melle G... Marie-Thérèse, 24 ans, a déjà fait de longs séjours dans les services neurologiques parisiens pour des troubles neurologiques atypiques, des éléments dépressifs réactionnels. Elle en est sortie avec le diagnostic de pithiatisme.

Le 20 Août 1952, son médecin traitant la fait entrer dans le service à cause de la répétition de plus en plus fréquente de ses crises nerveuses, d'une opposition au milieu familial et social (elle est éducatrice), de modifications du comportement avec tentative d'auto-strangulation.

Dès son arrivée, elle fait une crise nerveuse d'allure totalement pithiatique. Elle se plaint de partout, étale ses malaises avec un théâtralisme évident.

Dans le service, elle pleure souvent, s'énerve facilement, se plaint du bruit, présente des mouvements désordonnés qui sont calmés par l'injection de sérum physiologique. Plusieurs crises dans la semaine, sans perte de connaissance ni aucun autre signe d'épilepsie. Parle toujours de sa fatigue, de maux de tête, de picotements derrière la nuque.

Elle se plaint de ne pas pouvoir uriner ; elle est sondée et tout rentre dans l'ordre.

Le 25 Septembre, un nouvel examen neurologique est absolument normal.

Le 27 Septembre, on lui fait une narco-analyse, et ce sont cris, agitation, tentative d'autostrangulation, plaintes diverses. L'injection de calmants s'avère indispensable pour mettre fin à son angoisse.

Peu à peu, les symptômes disparaissent et elle retourne chez elle.

Le 7 Février 1953, elle revient avec à peu près les mêmes symptômes. L'état général est bon. La suggestion est efficace, au moins momentanément. L'examen neurologique n'est toujours pas concluant, et les divers examens pratiqués : E.E.G., fond d'oeil, radiographies du crâne, sont normaux. Cependant, on a l'impression, vers la fin du mois d'Août, qu'il existe une exophtalmie bilatérale, quoique peu importante.

Les céphalées augmentant en intensité, l'apparition d'une certaine torpeur et de vomissements, le neuro-chirurgien décide de faire une tentative de décompressive.

Le 4 Septembre 1953, la décompressive montre

une méningite séreuse d'abondance importante ; environ 100 cc. de L.C.R. sont drainés.

Le 16 Avril 1954, une décompressive agrandie est pratiquée pour un tableau analogue avec violentes céphalées occipitales, vomissements, photophobie, raideur de la nuque.

Il s'agit à nouveau d'une méningite séreuse, avec léger oedème superficiel du cerveau. En fin d'intervention, le cerveau est très détendu.

OBSERVATION V

Mme P... Renée, 57 ans, ménauposée depuis quatre ans.

Depuis plusieurs années, elle se plaint de maux de tête, avec accentuation depuis un an.

Très fatiguée depuis plusieurs mois, elle dort difficilement la nuit, tandis qu'elle dormirait volontiers le jour. On comprend ce dérèglement quand on apprend que Madame P... a un fils à Lyon, qu'elle va voir chaque samedi, ne se couchant pas le samedi et le dimanche, reprenant le travail le lundi sans s'être reposée convenablement.

L'anxiété qu'elle manifeste concernant ce fils qui est à Lyon et qu'elle va voir chaque semaine, sans se reposer, ne manque pas d'attirer l'attention sur son caractère névrotique.

Elle reste longtemps sans bouger, paraissant ne penser à rien.

Asthénie, inertie relative, migraines sont facilement mises sur le compte de sa fatigue et de son caractère névrotique, après un examen neurologique normal.

Le 25 Octobre 1956, devant son état de fatigue importante, son médecin traitant prescrit un arrêt de travail. Le soir, elle a de violentes céphalées, fait une crise d'allure comitiale, avec perte des urines, sans mouvements convulsifs. La crise dure environ 30 secondes, d'après la déclaration du mari. Amnésie consécutive. Pas d'obnubilation ; elle reprend immédiatement ses occupations.

Le 27 Novembre 1956, elle est hospitalisée pour des céphalées violentes, amnésie de fixation, troubles de l'équilibre, marche en zigzag, atasie. Il n'y a ni vomissement ni bradycardie.

- Céphalées violentes en passant de la position assise à la position couchée.
- Lenteur d'idéation, doit être aidée pour trouver la date.
- Modification de l'humeur : tristesse,idées noires.
- Grande fatigabilité, manque d'entrain.
- Amnésie des faits récents : a mis de l'argent à un endroit, avant l'hospitalisation, et ne se souvient pas du lieu.
- Accès de somnolence diurne.
- Manque d'appétit.
- Réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés, polycinétiques, aux membres supérieurs et inférieurs.
- Tremblement inconstant des extrémités.
- Incontinence sphinctérienne (urine au cours de l'examen).

L'E.E.G. du 29 Novembre montre un silence au niveau d'une électrode frontale, qu'on ne trouve que sur une partie du tracé.

Le fond d'oeil du 3 Décembre montre un oedème papillaire avec début de stase à droite, pas de stase à gauche.

Le champ visuel est normal des deux côtés.

Le 3 Décembre, un nouveau fond d'oeil confirme

le même aspect papillaire et apparition de flammèches hémorragiques à droite.

Ce tableau est très évocateur d'une tumeur cérébrale ; la malade est envoyée en neuro-chirurgie.

Le 20 Décembre 1956, le Docteur J. ABOULKER intervient et découvre un gliome fronto-calleux.

En somme, tous a commencé par des manifestations d'allure névrotique, chez une femme très fatiguée, anxieuse, sans signes neurologiques apparents, pour se compléter assez rapidement en un tableau clinique très évocateur. Mais, pendant un certain temps, la clinique était insuffisante pour classer ces troubles.

OBSERVATION VI

Mme R... Simone, 35 ans, pleurésie en 1955, soignée par antituberculeux.

Depuis plus d'un an, elle n'a de goût à rien, est triste, abattue, fatiguée dès le matin.

- N'a de bonnes nuits que très rarement, réveillée vers 2 heures du matin par des maux de tête.
- A toujours vomi facilement, surtout à ses deux grossesses.
- Crises de foi fréquentes.
- Impression de gorge serrée ou de boule pharyngée.

Elle est considérée par son entourage comme une perpétuelle plaignante, toujours fatiguée et nonchalante.

Le 10 Juillet 1961, elle est vue par le Docteur LÔO :

- hyperextensibilité à la flexion des membres supérieur et inférieur droits ;
- pas de signes pyramidaux ;

- pas de troubles de l'équilibre, pas de vertige ;
- pas de troubles de la sensibilité ;
- pas de dysmétrie ;
- bouche un peu déviée à droite, qu'un appareil dentaire seyant mal semble provoquer ;
- pas de déviation de la langue ;
- réflexes normaux, force musculaire et sensibilité normales ;
- troubles névrotiques en rapport avec son état de tristesse et d'abattement.

En somme, un examen neurologique peu concluant, chez une personne plutôt déprimée, se plaignant facilement.

Le 17 Juillet 1961, le fond d'oeil révèle un indiscutable oedème papillaire bilatéral, plus accentué à gauche où il existe de discrètes suffusions hémorragiques.

Elle est adressée au service de Neuro-chirurgie pour investigations complémentaires.

Le 1er Août 1961, le Docteur ABOULKER fait l'intervention et extirpe un méningiome du ptérion droit.

Encore une fois, le tableau s'est rapidement constitué, surtout avec les résultats du fond d'oeil. Toutefois, le tableau clinique pauvre et l'examen neurologique longtemps muet, associés aux antécédents névrotiques de la malade, pouvaient en imposer pour des manifestations d'allure hystérique.

OBSERVATION VII

Madame T... Madeleine, 30 ans.

Tout commence sur un fond névrotique, par des troubles de la marche. Elle se plaint de fatigabilité, de jambes lourdes, avec sensation de ne pas pou-

voir les soulever du sol. Ces troubles apparaissent dans les états de fatigue, après la marche, au cours des contrariétés.

Elle est assez exigeante, réclame beaucoup de sa mère, et se contrarie facilement.

Elle reconnaît être très nerveuse, se plaint de mauvaise digestion, de points de côté, de boule pharyngée.

Angoissée, elle reste couchée presque toute la journée.

Le 9 Avril 1948, quand elle est hospitalisée pour la première fois, on retrouve tous les signes précités, avec :

- tristesse, idées de suicide passagères,
- aime qu'on s'occupe beaucoup d'elle,
- demande souvent les infirmières, se plaint fréquemment de maux divers,
- révèle qu'elle a des peurs maladives, qu'elle a toujours été bizarre, pas comme les autres. "J'avais comme une dégradation. Quand j'étais plus jeune, j'avais des gestes pour faire les choses ; ensuite, aux gestes se sont substituées des pensées. Maintenant, il me faut vérifier plusieurs fois ce que je fais, je ne suis jamais tranquille".

L'examen neurologique et le bilan général sont normaux. Quand, à l'occasion d'une fatigue ou d'une contrariété, elle accuse des difficultés pour marcher, la suggestion est très efficace.

Comme elle semble plonger dans un état de tristesse et de dépression, on décide de lui faire des narco-analyses, puis des électro-chocs, qui donnent de très bons résultats dans l'immédiat.

En Mars 1952, c'est-à-dire 4 ans après, apparaissent les mêmes signes, mais deux éléments nouveaux sont notés : un nystagmus et une diminution de l'acui-

té visuelle. Ces deux signes font évoquer le diagnostic de sclérose en plaques.

L'examen oculaire montre une acuité visuelle de 9/10 à droite et de 2/10 à gauche, le 4 Avril 1952.

La ponction lombaire donne des résultats normaux.

L'accès régresse et l'acuité visuelle redevient sensiblement normale : 10/10 à droite et 9/10 à gauche, le 20 Juin 1952.

C'est en Mars 1955, c'est-à-dire après 8 ans d'évolution, qu'apparaissent des signes pyramidaux et la spasmodicité des membres inférieurs, ainsi qu'une diplopie et des modifications du liquide céphalo-rachidien, des signes cérébelleux, confirmant ainsi le diagnostic de sclérose en plaques.

De nombreux accès ont eu lieu depuis, mais chaque fois, toujours escortés par de nombreux signes névrotiques, qu'on ose à peine qualifier d'hystériques, depuis la confirmation de sclérose en plaques. Cependant, pendant près de quatre ans, ces troubles ont vraiment eu l'allure pithiatique.

OBSERVATION VIII

Madame B... Anne-Marie, 40 ans. Opérée il y a 5 ans, en 1956, par le Docteur GUILLAUME : décompressive pour méningite séreuse. Les suites ont amené l'amélioration et la guérison.

Depuis quatre ans, elle est déprimée, nonchalante, pousse toujours des gémissements et des plaintes à propos de tout et de rien.

Elle vit en opposition avec son entourage : elle a divorcé ; interprète en hostilité les faits et gestes de son entourage.

Institutrice, elle accuse la directrice de lui en vouloir, de lui être hostile, de dire des

injures tout bas sur son passage.

En Mars 1962, elle est hospitalisée :
- très fatiguée (elle avait une classe de 40 élèves),
- anxiété, idées noires, plaintes diverses,
- tous les examens cliniques sont normaux,
- sauf les réflexes ostéo-tendineux qui sont un peu vifs.

L'E.E.G. du 21 Mars montre de discrets accidents irritatifs diffus, "sans aucun signe pouvant faire suspecter une lésion expansive".

Le fond d'oeil du 20 Mars, par contre, donne:
- oedème papillaire bilatéral,
- pas de stase veineuse,
- artères et veines étroites.

Dans le service, la malade est inquiète, se plaint de manquer d'air et d'avoir mal à la tête. Quand elle sort, elle a encore plus mal, dit-elle. Larmoyante, désordonnée, absente, elle accuse toujours des malaises.

Le 2 Avril, elle a des malaises toute la journée ; elle est transférée dans le service du Professeur DAVID.

Le 3 Mai, le Docteur ABOULKER extirpe un angio-réticulome intra-cérébelleux droit.

Ici, il s'agit d'un tableau névrotique développé après une intervention décompressive pour méningite séreuse. Ce tableau dépressif était mêlé à un délire interprétatif et à des plaintes diverses d'allure pithiatique, jusqu'au jour où le diagnostic de tumeur cérébrale s'est imposé.

OBSERVATION IX

Madame D... Henriette.

Le 20 Mars 1947, elle arrive dans le service avec des troubles neurologiques divers et fugaces :

- impotence de la jambe droite qu'elle dit paralysée,
- troubles momentanés de la parole,
- crises de raideur du bras,
- pas de signes objectifs à l'examen,
- pas de signe de Babinski,
- on apprend qu'elle a fait une hémiplégie droite, il y a quelques mois, sans reliquat. Cette hémiplégie fruste, soignée à domicile, a régressé très rapidement, ce qui fait planer un doute sur son organicité.

Dans le service, ses troubles vont et viennent au gré de son humeur :

- Le 20, elle ne peut marcher à cause de sa paralysie.

- Le 21, elle fait une crise nerveuse au déjeuner, accuse une syncope, ne peut terminer son repas. Cependant, l'après-midi, elle marche.

- Le 23, elle marche, descend et monte les escaliers, va mieux.

- Le 24, elle fait un malaise au repas du soir ; elle se raidit les membres supérieurs, ne peut plus manger, perd la parole. La crise dure une heure environ.

- Le 25, tout va bien, elle se promène dans la cour de l'hôpital.

- Ensuite, les choses vont de mieux en mieux ; elle se promène, sort en ville avec son mari. Les malaises sont de plus en plus rares, et le 3 Avril, elle quitte le service guérie de ses malaises.

Le 20 Avril, elle revient pour de nouvelles

crises de type pithiatique, avec chute, contraction des muscles des membres inférieurs pendant quelques minutes, impotence consécutive de la jambe droite.

Dans le service, elle fait deux crises nettement pithiatiques et en refait facilement par suggestion.

Les divers examens étant normaux, elle est traitée par persuasion et sort stabilisée.

Alors, les manifestations cardiaques vont prendre le pas sur les dites paralysies. Ce sont fréquemment des "crises cardiaques" à base de palpitations, de syncopes, de douleurs précordiales sans contexte électrocardiographique.

Les crises se répètent ainsi pendant plusieurs années, mêlant manifestations pseudo-paralytiques et manifestations cardio-vasculaires. Si les troubles passagers de la marche sont mis sur le compte du pithiatisme, on s'inquiète de la réalité des troubles cardio-vasculaires. Pendant longtemps, rien, jusqu'au mois d'Octobre 1961, où c'est un infarctus du myocarde avec tous ses signes cliniques et électriques.

Depuis, elle est suivie pour son affection cardio-vasculaire, et ne présente plus de paralysies.

Ainsi, pendant de longues années, des manifestations purement hystériques, d'abord dans le domaine neurologique, ensuite dans le domaine cardio-vasculaire, ont précédé une maladie organique après laquelle toutes les manifestations névrotiques semblent avoir disparu.

OBSERVATION 10

Madame M... Germaine.

Elle se plaint, depuis 4 ans environ, de trou-

bles gastriques et digestifs. Deux séries de radiographies gastro-duodénales, faites dans la région parisienne, n'ont montré aucune lésion.

Elle se retire dans le Loir-et-Cher avec son mari retraité. C'est ainsi qu'elle vient nous consulter, toujours pour des troubles gastriques.

Elle est anxieuse, se plaint facilement, demande beaucoup d'explications sur ses troubles, les traitements qu'on lui donne, leur mode d'action. Assez autoritaire, un peu tyrannique avec son mari qu'elle accuse de ne pas donner d'importance à ses malaises.

De bonnes paroles et des anxiolytiques apportent un long soulagement, le caractère s'améliore. Les séries d'injections intramusculaires ont un très bon effet. Des examens sanguins sont normaux.

Au mois d'Octobre 1966, reprennent les troubles et nous faisons faire une nouvelle série de radiographies, la troisième depuis le début des troubles.

Radiographies du 15 Octobre 1966 :

Transit oesophagien normal en station verticale. Reflux oesophagien important en procubitus et en Trendelenburg.

Morphologie gastrique modifiée par un aspect un peu rétracté de la petite courbure. Aspect fibreux et rétréci de la région antrale, mais non fixé ; il existe, en effet, des variations d'ampliation du volume de l'antre. Les images en relief, visibles sur les séries en procubitus, sont variables et inconstantes et ne correspondent pas à des ulcérations.

Cet aspect radiographique attire l'attention sur un processus évolutif. De nouveaux clichés pratiqués par la suite confirment le diagnostic, montrant une portion horizontale entièrement rétrécie, tubulée, à bords figés.

L'intervention chirurgicale confirme le diag-

tic de cancer de l'estomac.

Il s'agit donc d'un cas où des troubles fonctionnels ont précédé de près de 4 ans les manifestations radiologiques. On peut dire signes fonctionnels dans le sens de BARUK, après avoir trouvé l'étiologie vraie. Mais, tant qu'aucun examen n'avait donné la clef du diagnostic, comment aurait-on pu différencier fonctionnel et hystérique ? Les hystéries viscérales, si fréquentes antérieurement, ne comprenaient-elles pas un certain nombre de cas analogues ?

OBSERVATION XI

Il s'agit, cette fois, d'un couple, Monsieur et Madame B...

Il y a six ans environ qu'ils se sont mis à se plaindre de malaises divers, les mêmes pour les deux. Ce sont des troubles digestifs, des sensations d'étouffement, des démangeaisons de la peau.

En 1964, les démangeaisons cutanées devenant si intenses, malgré le manque de lésions apparentes, qu'on décide d'envoyer l'un d'entre eux dans un service de dermatologie, à l'Hôpital Saint-Louis de Paris.

Entre temps, les divers examens faits sont sans résultats probants, et un autre élément apparaît. En effet, ils prétendent tous les deux qu'ils ont été piqués par de toutes petites mouches transparentes, microscopiques, qui se trouvaient dans le fumier. Personne ne voit ces mouches, sinon les deux victimes, qui assurent les voir comme des points brillants aux reflets de la lumière.

"Ces mouches, affirment-ils, pondent sous la peau, et il en sort de petits vers qui grouillent en dessous, vous chatouillent et vont se loger dans la

figure, pour sortir sous la poche dex yeux. Ainsi, ça vous demange ; c'est comme si l'on vous arrachait la peau avec une fourchette".

Ils alertent le Service départemental d'Hygiène qui, par deux fois, fait désinfecter la maison et l'étable.

Comme le mari doit rester s'occuper de la ferme et que la femme a les mêmes symptômes que lui, on fait hospitaliser la femme à l'Hôpital Saint-Louis.

Là, tous les examens sont négatifs ; elle reçoit des calmants, des anti-hallucinatoires et, avec une forte dose de persuasion, elle rentre chez elle améliorée. Ce même traitement aura des effets bénéfiques sur le mari.

Quand, par la suite, le mari se plaint à nouveau de démangeaisons de la pommette gauche, de troubles de la vue au "moment où les bêtes sortent", il suffit d'augmenter les doses pour avoir une sédation. On lui fait quand même consulter un ophtalmologiste qui ne découvre aucune anomalie.

En Décembre 1966, début d'exophtalmie gauche et paralysie du VI. Des radiographies montrent un néo du massif facial.

Ainsi, avant de se manifester par des signes décelables, ce néo du massif facial a déterminé un délire à deux. Des circonstances particulières ont fait hospitaliser la femme, codélirante, au lieu du mari, sujet inducteur du délire. L'action bénéfique des anti-hallucinatoires et de la persuasion ont fait classer ces symptômes parmi des manifestations hystériques, permettant ainsi au cancer de poursuivre son évolution.

Nous rappellerons ici deux observations de G. BOUDIN, A. LAURAS et M.-C. CELERIER, qui nous

ont paru particulièrement éloquentes. Elles ont été publiées dans Le Concours Médical (24-IX-1966), dans l'article "L'hystérie dangereuse".

OBSERVATION VII de BOUCIN, LAJRAS et CELERIER

"Mme Germaine G..., âgée de 40 ans, hospitalisée en 1963 pour nausées, perte de connaissance. A l'examen, instabilité de la marche, déviation à droite, léger nystagmus dans le regard extrême à droite, signe de Babinski bilatéral.

"Sept jours plus tard, deuxième perte de connaissance suivie d'obnubilation. La malade se plaint alors de violentes céphalées, vomit abondamment. Malgré un examen normal du F.O. et de l'E.E.G., la malade est transférée en neuro-chirurgie, pour suspicion de tumeur de la fosse postérieure.

"Artériographie, ventriculographie et lipiodol intra-ventriculaires sont normaux.

"L'état s'améliore ; il ne persiste que céphalées et sensations vertigineuses. Le diagnostic de S.E.P. est porté lors d'une deuxième poussée, avec syndrome pyramidal des quatre membres et syndrome cérébello-vestibulaire. Mais il existe des caractères atypiques : des crises pithiatiques, pseudo-comitiales, sans modification du tracé électrique, et, dans le syndrome vestibulaire, l'absence de modification des troubles selon les positions de la tête. L'étude de la biographie apprend l'existence d'importants conflits familiaux et, à l'examen psychologique, "Madame G... se présente comme une malade de structure hystérique dont le mécanisme de défense et le mode de réaction les plus habituels sont représentés par la somatisation utilisée dans toutes les situations stressantes".

"La deuxième poussée de S.E.P. régresse partiellement; mais une troisième survient, en fin 1964, avec une telle majoration (céphalées, nausées, obnubi-

lation), que se pose à nouveau le problème d'une tumeur cérébrale. L'E.E.G. est altéré de façon diffuse, mais l'encéphalographie, l'écho-encéphalogramme sont normaux, et le diagnostic de tumeur cérébrale est à nouveau réfuté".

"Conclusion : Sclérose en plaques sur une personnalité de structure hystérique, réagissant aux stress par la somatisation. A chaque poussée de la maladie, s'ajoute une majoration névrotique des symptômes, si bien qu'à deux reprises différentes les médecins ont été abusés et ont dû multiplier les examens complémentaires pour éliminer une tumeur, tandis qu'à d'autres périodes l'existence même de la maladie organique a été mise en doute".

OBSERVATION VIII de BOUDIN, LAURAS et CELERIER.

"Mme Georgette M..., 64 ans, est hospitalisée pour un épisode de confusion mentale.

"Depuis trois ans, elle présente des malaises atypiques, elle s'immobilise, lance les bras en l'air et tombe quelques secondes plus tard sans perdre totalement connaissance. On peut la faire revenir rapidement à elle en lui faisant boire une tasse de thé. Ces crises sont considérées comme pithiatiques, d'autant plus qu'elle est irritable, peu coopérante aux examens, et que sa vie sentimentale est compliquée de deux divorces, le deuxième très mal supporté.

"Les tests psychologiques, notamment le Rorschach, montrent des mécanismes de défense hystériques: extratensivité anormale, suggestibilité, égocentrisme, puérilité, fluctuation des réactions de l'humeur.

"Mais l'état de confusion pour lequel elle est hospitalisée devient rapidement un coma profond, sans signes neurologiques de localisation ; à l'E.E.G. : signes importants de souffrance diffuse. Une perfusion de sérum glucosé à 10 % fait sortir rapidement la

malade du coma. La glycémie était à 0,40 g %.

"Les études répétées du cycle glycémique le montent compris entre 0,35 et 0,90 et, fait remarquable, les variations de l'humeur sont parallèles à celles de la glycémie : la malade est facile quand sa glycémie est normale ; capricieuse, irritable, quand elle est en hypoglycémie.

"La malade est opérée le 9-12-1964 d'un adénome langerhansien. Deux mois après l'intervention, les troubles fonctionnels ont totalement disparu, ainsi que le signe de BABINSKI, constant depuis l'hospitalisation de la malade."

"Conclusion : Encéphalopathie hypoglycémique, se traduisant par des malaises atypiques, chez une personnalité de structure hystérique. Pendant trois ans, seule l'hystérie a été mise en cause. Le diagnostic restait difficile avant l'apparition du signe de Babinski."

COMMENTAIRE DES OBSERVATIONS

Nous n'avons pas voulu nous cantonner dans des affections purement neurologiques. Si nos observations concernant d'autres organes sont moins éloquentes, et si on peut prétendre que ce sont plus des préoccupations hypochondriaques que des manifestations hystériques, il n'en reste pas moins qu'un trouble qui n'a pas de traduction décelable ou mesurable par nos examens actuels peut tout de même relever d'une affection organique.

Nous avons davantage d'observations concernant une affection cérébrale ou nerveuse. Les tumeurs du cerveau, scléroses en plaques et encéphalopathies semblent être les causes les plus communes.

Cependant, si nous avons voulu y adjoindre des observations touchant d'autres organes, c'est parce que le problème se pose souvent à propos de ces troubles dits fonctionnels, alors que rien, pendant longtemps, ne corrobore les assertions du malade et que celui-ci peut souvent se faire classer parmi les "nerveux", "anxieux", "hystériques", laissant ainsi évoluer une maladie organique réelle mais non encore décelable.

Y a-t-il un type de trouble qui fasse penser plus spécialement à une lésion organique sous un cortège de manifestations hystériques ? Nous ne pensons pas. On peut voir à peu près toutes les manifestations habituelles de l'hystérie. Cependant, un caractère nous a frappé : c'est l'aspect moins tapageur et moins démonstratif des manifestations, quand une

lésion organique est retrouvée par la suite. Toutefois, ce n'est pas un élément suffisant pour nous orienter. Un bilan négatif, même plusieurs fois répété, ne nous autorise pas à classer le sujet d'une manière définitive parmi les fonctionnels, hypochondriaques ou hystériques.

Beaucoup de ces malades ont été accessibles à la persuasion. Heureusement qu'on ne s'en tient plus aux critères de Babinski, car si la seule suggestion suffisait pour nous orienter vers le diagnostic de pithiatisme, le médecin risquerait de s'orienter vers un faux diagnostic, et le malade risquerait, de son côté, d'être convaincu qu'il n'est pas organiquement malade, laissant ainsi son mal suivre son évolution.

Le temps qui sépare le début des manifestations de la découverte de la lésion est très variable. Quelques jours, comme dans l'observation III (tumeur cérébrale de la fosse postérieure) et l'observation VIII (angioréticulome intra-cérébelleux droit). Quelques semaines : observation I (sclérose multiloculaire), observation VI (méningiome du ptérion droit). Des mois : observation II (lésion du tronc cérébral), observation V (gliome fronto-calleux). Un an : observation IV (méningite séreuse), observation VII de BOUDIN (sclérose en plaques). Trois ans: observation VIII de BOUDIN (adénome langerhansien et encéphalopathie hypoglycémique). Quatre ans : observation X (cancer de l'estomac). Six ans : observation XI (cancer du massif facial). Huit ans : observation VII (sclérose en plaques). Quatorze ans : observation IX (affection cardio-vasculaire).

Ainsi, on ne peut pas prétendre que les manifestations hystériques précèdent de beaucoup les manifestations organiques, lorsqu'elles les précèdent. Mais parfois, le diagnostic peut rester en suspens pendant un assez long temps, à cause de la présence exclusive de troubles purement fonctionnels.

Comme l'ont souligné de nombreux auteurs, les troubles hystériques peuvent être annonciateurs, accompagnateurs ou successeurs de maladies organiques.

C O N C L U S I O N S

Nous avons voulu montrer, d'après l'étude historique de l'hystérie, l'exposé et le commentaire de quelques observations, qu'une affection organique peut, pendant longtemps, se cacher sous l'aspect de manifestations hystériques. Le nombre limité de cas que nous avons pu exposer ne nous permet pas de faire une étude exhaustive. Nous rapportons seulement ici les conclusions de nos observations personnelles et les leçons que nous avons pu tirer de l'étude des publications qui touchent à un sujet qui nous a attiré.

Si CHAUFFARD a pu dire, dans sa Leçon inaugurale du 17 Janvier 1912, que depuis dix ans il ne voyait plus d'hystérie, aujourd'hui on peut affirmer que l'hystérie existe toujours, précédant même parfois une lésion organique.

Les limites de l'hystérie, de ses manifestations, des troubles fonctionnels, semblent reculer d'autant plus que nous disposons de meilleurs moyens d'investigation. Mais, comme le dit BOUDIN, "les progrès accomplis dans les procédés de diagnostic au moyen des examens complémentaires sont loin de suffire à résoudre le problème essentiel".

Même quand tout semble concorder pour faire croire à l'hystérie de conversion dans sa forme pure, comme l'a décrite FREUD, même quand, chez un malade catalogué hystérique, tout tend à démontrer que ses troubles sont de nature hystérique, et même si les thérapeutiques de l'hystérie semblent agir, on devrait

toujours garder une arrière-pensée pour une cause organique, surtout quand il s'agit de l'apparition d'un symptôme nouveau.

Afin de faire une différence entre des troubles d'origine psychologique et ceux qui pourraient relever d'une affection organique non encore découverte, on a créé les termes de troubles fonctionnels, manifestations hystéroïdes. Mais si, a posteriori, on peut rattacher chaque symptôme à sa vraie cause, comment le faire quand rien ne peut nous orienter ?

Pourquoi certaines affections organiques entraînent-elles des manifestations hystériques chez certains sujets et pas chez tous ? Est-ce la maladie organique qui détermine le mode d'expression hystérique, ou existe-t-il une prédisposition hystérique de certains sujets ? Nous n'avons pas les éléments suffisants pour répondre à de telles questions, mais nous avons tendance à penser que l'hystérie est la résultante de nombreux facteurs, culturels, de croyances, de mode, d'imagination, de caractère psychologique, de constitution organo-biologique.

C'est dans ce dernier groupe qu'à notre avis agiraient les affections organiques, soit qu'elles les favoriseraient, soit qu'elles les créeraient.

Ainsi, nous ne pensons pas à une étiologie organique de l'hystérie, mais à la possibilité de voir l'hystérie n'être parfois qu'un symptôme, quoique étant le plus souvent une maladie. Un peu comme l'angine qui peut être le symptôme de certaines infections et être aussi une maladie, suivant les formes. Les manifestations hystériques deviennent alors un mode d'expression de l'organisme pour traduire sa souffrance, parfois avant que les dérèglements soient décelables par nos moyens d'investigation.

C'est pourquoi une des manifestations les plus difficiles à cataloguer reste la douleur, car nous n'avons pas les moyens d'en apprécier la véra-

cité ni surtout de la mesurer. Nous sommes obligés de nous baser sur les déclarations du malade.

Comment se conduire donc devant un sujet qui se plaint, chez lequel nous ne trouvons rien, et pour lequel nous ne voulons pas laisser passer une affection organique ? G. BOUDIN et A. LAURAS proposent une excellente conduite : effectuer un examen somatique complet, adopter une attitude compréhensive à l'égard du sujet, ne pas négliger les possibilités de diagnostic offertes par les examens complémentaires, sans toutefois les multiplier indéfiniment.

Même si la fréquence des manifestations hystériques, révélatrices de lésions organiques, n'est pas très importante, nous ne devrions jamais reléguer définitivement le sujet qui en est porteur, parmi les malades psychologiques ou psychiques, mais toujours faire une réserve quant à la possibilité d'une maladie organique non encore diagnostiquée.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

M. DAVID

B I B L I O G R A P H I E

ABELY X. et coll.- Nystagmus d'allure pithiatique.- Annales médico-psych., 107/I, 1949.

AJURIAGUERRA (J. de) - Le problème de l'hystérie.- Encéphale, 1951, 40, N° I.

AJURIAGUERRA (J. de) et HECAEN H.- Troubles mentaux symptomatiques d'affections cérébrales. Généralités.- E.M.C., Fasc. 37500 A10,1965.

ALAJOUANINE Th., NEHLIL J., CONTAMIN F., CATHALA H.P. et CLOAREC - Encéphalopathie hypoglycémique par adénome langerhansien probable. Disparition des troubles sous l'effet de la corticothérapie.- Rev. Neurol., 1959, 100, N° I.

ALEXANDER F.- La Médecine psycho-somatique.- Payot, édit., Paris, 1952.

ANGELERGUES R., HECAEN H. et AJURIAGUERRA (J. de) - Les troubles mentaux au cours des tumeurs du lobe frontal.- Ann. médico-psych., 113/II, 1955.

AXENFELD A.- Traité des névroses.- Baillière, édit., Paris, 1883.

BABINSKI J.- Paralysie hystérique systématique, para-

lysie faciale hystérique.- Bul. Soc. Méd. Hôp. Paris, Oct. 1892.

BABINSKI J.- Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme.- Soc. Inter. Hôp. Paris, 1906.

BABINSKI J.- Démembrement de l'hystérie. Le pithiatisme.- Sem. Méd., 1909.

BABINSKI J. et FROMENT - Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe.- Masson, édit., Paris, 1917.

BABINSKI J.- Hystérie - pithiatisme.- Dans Oeuvres scientifiques. Recueil des principaux travaux, p. 457-527 - Masson, édit., 1934.

BARRE - L'hystérie. In Traité de Médecine, Masson, édit., Paris, 1949.

BARUK H.- Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales.- Doin, édit., Paris, 1926.

BARUK H.- L'hystérie et les fonctions psychomotrices: étude psycho-physiologique.- Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de langue française, Bruxelles, 1935 - Masson, édit.-

BARUK H.- Traité de Psychiatrie.- Masson, édit., Paris, 1959.

BASS M. et GIOVACCHINI P.- Psychiatric aspects of spontaneous hypoglycemia.- Journal of Nervous and Mental Diseases, 108, 1948.

BERGOUIGNAND et coll.- Hémochromatose et manifestations neuro-psychiatriques.- J. Méd. Bordeaux, 142, Mai 1965.

BERNHEIM H.- Hypnotisme et suggestion. Hystérie. Psychonévroses. Neurasthénie.- 3me édit., Doin, Paris, 1910.

BERTRAND L., SABORET P., LETE E.- La spasmophilie.- Les Cahiers Sandoz, N° 7, Juin 1966.

BOISSEAU J.- Hystérie et simulation.- Ann. méd.-psychol., n° 2 et 3, 1949.

BOURNEVILLE et d'OLLIER - Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.- Le Progrès Médical, édit., Paris, 1890.

BRACHET J.L.- Recherches sur l'hystérie et l'hypochondrie.- Paris, 1832.

BRIQUET - Traité clinique et thérapoutique de l'hystérie.- Baillière, édit., Paris, 1859.

BRISSET Ch.- Hystérie et pathologie psychosomatique.- Revue du Praticien, 11 Avril 1964.

BRUNET P.- Les encéphalopathies hypoglycémiques.- Progrès Médical, Janvier 1966.

CASTELLANOS S.- Les insulinomes du pancréas.- 18me Cours de Perfectionnement d'Endocrinologie, Hôp. Laënnec, 30 Juin 1965.

CASTETS B.- Traumatismes bénins du crâne et syndrome subjectif.- Presse Méd., Octobre 1959.

CAVE M.- Contribution à l'étude du rôle des facteurs endocriniens dans les maladies mentales.- Ann. méd.-psych., 9e/II, 1937.

CESTAN et VERGER - Précis de Pathologie interne. Tome IV : Système nerveux.- Masson, édit., Paris, 1919.

CHARCOT J.M.- Leçons du Mardi à la Salpêtrière.- Lecrosnier, édit., Paris, 1889.

CHARCOT J.M.- Leçons sur les maladies du système nerveux.- Progrès Médical, Paris, 1872-1889.

CHARCOT J.M.- Clinique des maladies du système nerveux.- Progrès Médical, I, Paris, 1892 ; II, Paris, 1893.

CHAUFFARD - Stabilité et conditions de variation des espèces morbides.- Leçon inaugurale, Presse Médicale 17/1/1912.

CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANCAISE - LXIIIe session, Lausanne, 1965 - Masson, édit.-

DELAY J., DESCLAUX P. et LEULIER (Mme H.) - Délire secondaire des états crépusculaires hypoglycémiques.- Ann. Méd. psychol., 13 Nov. 1944, 11, an. 102, 516-526.

DELAY J., DESCLAUX P., BINOIS R.- Astasie-abasie hystérique chez un paralytique général.- An. méd.-psychol., 103/1 : 445-448, 1945.

DELAY J., KLOTZ H.P., PICHOT P., WEIL F., PERSE J.- Tétanie et hystérie.- Encéphale, 50 : 438-449, Sept.-Oct. 1961.

DELAY J., BERTAGNA L., LAURAS A.- Surdité hystéro-organique. Action du choc amphétaminique.- Ann. méd.-psychol., 1952, 110, II, 241-243.

DELAY J. et coll.- Porphyrie aiguë intermittente et troubles mentaux.- Ann. méd.-psych., Juin 1961.

DEROT M.- Les hypoglycémies.- Presse Médicale, 1962, 70, N° 13, 629-631.

DUBOIS E.F. (d'Amiens) - Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie.- Paris, 1883.

EY H.- L'hystérie.- Gazette Hôp. Paris, 1935, 797-803, 829-836.

EY H.- Introduction à l'étude actuelle de l'hystérie.- Revue du Praticien, 11 Avril 1964, 14, 11, 1417-1431.

EZIERE J., FASCIO E., CAZAL P., LAGARDE C.- Quatre cas d'hypoglycémie avec manifestations nerveuses paroxystiques.- Montpellier Médical, 1942, 21, an. 65, n° 1, 314-316.

FAUCRET M.- Nuances somatiques à l'origine de l'hystérie.- Thèse, Lille, 1960.

FREUD S. et BREUER J.- Etudes sur l'hystérie.- Traduit de l'allemand par Anne Berman - P.U.F., 1956.

GEORGET - De la physiologie du système nerveux, et spécialement du cerveau.- Paris, 1821.

GILLE DE LA TOURETTE - Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie normale.- Plon, édit., Paris, 1891.

GRENIER J., LARUE G.H., GERVAIS L.M.- Hyperinsulinisme et troubles neuro-psychiatriques.- Laval

Médical, Mai 1955, vol. 20, N° 5, 642-653.

GUILLAIN G.- Il est injustifié et erroné d'oublier l'oeuvre de J.M. CHARCOT sur l'hystérie et les névroses.- Semaine Hôp. Paris, 14 Janv. 1949, 25, N° 4, 147-160.

JANET P.- Etat mental des hystériques.- Les stigmates mentaux. Les accidents mentaux.- Rueff, édit., Paris, 1894.

HECAEN H. et AJURIAGUERRA (J. de) - Les névroses traumatiques (Problèmes théoriques).- Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, 52me sessionn 1954 - Masson,édit.-

HECAEN H. et AJURIAGUERRA (J. de) - Troubles mentaux au cours des tumeurs incracrâniennes. Importance sémiologique et valeur localisatrice.- Masson, édit., Paris, 1956.

HECAEN H. et REBUFAT P.- Troubles mentaux au cours des tumeurs cérébrales.- E.M.C., Fasc.37510, A10, 1964.

HECAEN H., AJURIAGUERRA (J. de), TRILLAT E.- Troubles mentaux au cours des encéphalites et des névraxites.- E.M.C., Fasc. 37550 A10, 1955.

HELD R.- Psychologie affective de la peur des maladies mentales et du préjugé anti-hystérique.- Entretiens de Bichat, 1962, 501-506.

HESNARD - L'hystérie, névrose d'expression.- Evol. psych., 1937.

HIPPOCRATE - Maladies des jeunes filles. De la nature de la femme. Maladies des femmes.- Traduction de Littré, Paris, 1839.

KAMMERER Th., SINGER L. et ISRAEL L.- Manifestations hystériques et troubles de la conscience au cours de processus cérébraux évolutifs.- Cahiers de Psychiatrie, années 1956 et 1957.

KLOTZ H.P., AVRIL J.- Les formes cliniques de la tétanie.- La Vie Médicale, 1953, 34, 43-56.

KLOTZ H.P., TOMKIEWIKZ S., WITCHITZ S., WEIL F. et MASSIN J.P.- Le problème de la tétanie chronique dite constitutionnelle, dite normocalcique, et ses relations avec l'hystérie et l'insuffisance parathyroïdienne.- In Colloque sur L'Insuffisance parathyroïdienne et la tétanie chronique constitutionnelle. L'Expansion Scientifique Française, édit., Paris, 1 vol., 1962, 245-259.

KRAFT E., FINBY N., SCHILLINGER A.- Routine Skull Roentgenography of Psychiatric Hospital admissions.- Amer. J. Roentgenology, 83, 6, Juin 1963, p. 1212-1219.

LANDOUZY - Traité complet de l'Hystérie.- Paris, 1846.

LAPLANE D.- Les pertes de connaissance des hystériques. - Revue du Praticien, T. XV, N° 1, 1er Janvier 1965.

LASEGUE - Anesthésie et ataxie hystériques.- Arch. de Méd., 1864.

LEGRAND DU SAULE - Les hystériques. Etat physique et mental.- Baillière, édit., Paris, 1883.

LIEBERMAN A.A.- Manifestations nerveuses et mentales observées dans l'hypoglycémie spontanée.- Illinois Med. Journ., Juin 1944, vol. 85, 287-292.

LOUYER-VILLERMAY - Recherches sur l'hypochondrie et l'hystérie.- Paris, 1802.

MALLET J.- Hystérie de conversion.- E.M.C., fasc. 37340 A10, 1965.

MARCHAND L. et AJURIAGUERRA (J. de) - Porphyrie aiguë post-émotionnelle.- Encéphale, 38, 113-129, 1949.

NAYRAC P. et coll. (Lille) - Syndromes névropathiques et "tétanie latente". A propos de 51 observations avec contrôle électromyographique.- Lille Méd., 10, 34, Janvier 1965.

PARIENTE M., MADRE J.C., KIPMAN S.D.- Hystérie et spasmophilie. A propos d'une observation.- Ann. Méd. Psychol. 119/1, 948-988, 1961.

PERRAULT M.- Le régime de fond des hypoglycémies fonctionnelles de l'adulte.- Revue du Praticien, 21 Déc. 1963, T. XIII, N° 33, p. 4025-4030.

PINEL Ph.- Nosographie philosophique, ou La Méthode de l'analyse appliquée à la médecine.- Paris, 1813.

PITRES A.- Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.- Doin, édit., Paris, 1891.

POMME - Traité des affections vaporeuses des deux sexes.- Lyon, 1760, I vol. in-12; 6e édit., Paris, 1799, 3 vol.-

POTAIN - Conférence clinique sur les difficultés du diagnostic et du pronostic de l'hystérie.- Journ. de Méd. et Chir. Prat., p. 54, 1872.

REMINGTON F.B., RUBERT S.L.- Why patients with brain tumors come to a psychiatric hospital : a thirty years survey.- Amer. J. Psychiat., 1962, 119, 256-258.

RICHER P.- Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie.- Paris, 1881.

SHERRER P., LE BAS A.- Tumeur cérébrale à symptômes oculaires subjectifs en ayant imposé pour un syndrome pithiatique.- Ann. Méd. psychol., 107/1, 77-79, 1949.

SOLLIER P.- Genèse et nature de l'hystérie.- Alcan, édit., Paris, 1897.

SYDENHAM Th.- Médecine pratique.- Trad. Jault - Avignon et Paris, 1799, T. II, p. 473.

THOMAS André - Psychothérapie.- J. Baillière, édit., Paris, 1912.

TUSQUE J., DAVID M., HECAEN H.- Astasie-abasie guérie par torpillage, manifestations de début d'un kyste cérébelleux.- Ann. Méd.-psychol. 101/1, 432-435, 1943.